

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

DANIELA LINHARES DA SILVA GHISLERI

**COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O
PROCESSO DE GESTAR: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

Ficha Catalográfica

G345c Ghisleri, Daniela Linhares da Silva

Competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar: contribuições para a enfermagem / Daniela Linhares da Silva Ghisleri. 2008.

181 f. : il. ; 30 cm

Bibliografia e anexos

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2008.

Orientador: Dr^a Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

1. Enfermagem. 2. Gravidez. 3. Cuidado pré-natal. I. Santos, Evangelia Kotzias Atherino dos. II. Título.

CDU: 616-083

Telma de Almeida Telemberg da Silva – CRB 14^a/544

DANIELA LINHARES DA SILVA GHISLERI

**COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O
PROCESSO DE GESTAR: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

**FLORIANÓPOLIS
2008**

DANIELA LINHARES DA SILVA GHISLERI

**COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O
PROCESSO DE GESTAR: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 16 de dezembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

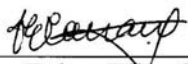


Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

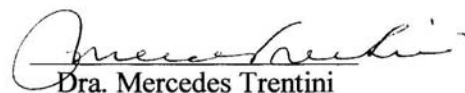
Banca Examinadora:



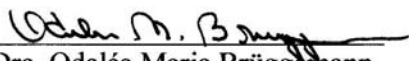
Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos
Presidente



Dra. Telma Elisa Carraro
Membro



Dra. Mercedes Trentini
Membro



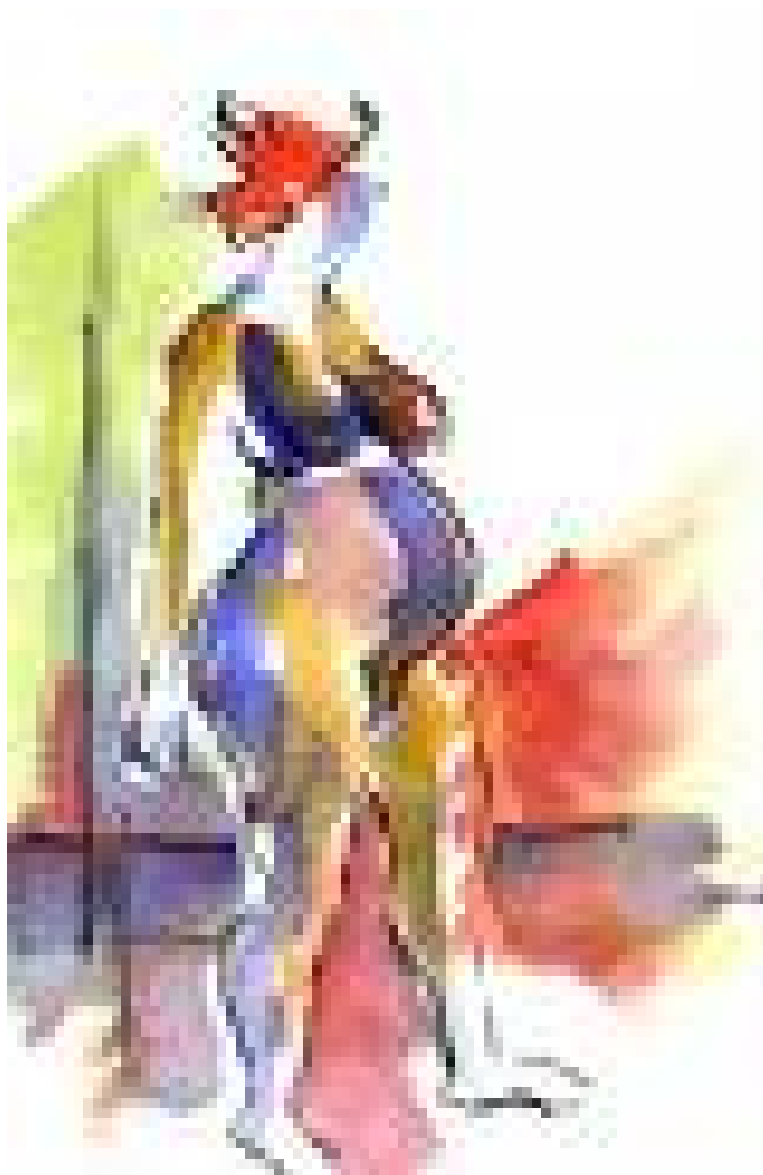
Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Suplente



Dra. Dionice Furlani
Suplente

DEDICATÓRIA

Dedico esta obra a Paulo César e Isabella, meus filhos queridos e amados, amores incondicionais e fundamentais em minha jornada, meu viver e minha plenitude de amor e aprendizado. Também a Paulo Sérgio, meu esposo amado e dedicado, e aos meus pais Acioli, Paulo Gualberto (*in memorian*) e Gilson o meu eterno agradecimento pelo exemplo de solidariedade e honestidade. Ao meu amado avô Bilitote (*in memorian*), por não desestimular jamais!



Poderosa é a força da maternidade! Ela transforma todas as coisas com o seu calor vital; transforma sua timidez em coragem feroz e o desafio andaz em submissão trêmula; transforma o descuido em cuidado, e ainda acalma a ansiedade num contentamento tranqüilo; faz do egoísmo a abnegação e dá mesmo à vaidade pura o viço de um amor admirável. (EXLEY, 2000, p. 30).

AGRADECIMENTOS

Durante minha trajetória muitas pessoas contribuíram com seus ensinamentos para a construção desta obra. É para todas que agradeço:

À divina e bondosa espiritualidade que me acompanha e me garante, me auxiliando e permitindo refletir sobre minhas ações e pensamentos frente ao processo de ser e viver.

À minha amada orientadora Professora Dr^a. Evanguelia, pela sua compreensão e paciência em me compreender nos diversos momentos delicados que me encontrava. Obrigado pela oportunidade de ser sua aluna novamente, obrigado pelo comprometimento com a enfermagem, especificamente as contribuições na promoção da saúde materna. A minha profunda admiração e respeito por tudo que tens conquistado e pela pessoa que és. Estarás sempre em meu coração.

Aos meus pais amados Acioli, Paulo Gualberto (*in memoriam*) e Gilsom, me acompanhando sempre em minha trajetória de vida, me apoiando, me dando guarita, me valorizando em todas as etapas que conquisto. Estendo também meu agradecimento aos meus irmãos Alexandre e Aline que compartilharam minhas ansiedades e me incentivaram para continuar a jornada.

Ao amor da minha vida Paulo Sérgio, esposo dedicado, mesmo que um continente nos separe geograficamente, o amor, a calma e a dedicação continuam sendo, uma fonte inspiradora para me manter equilibrada e motivada no meu processo de ensino-aprendizagem e no processo de ser e viver.

Ao Paulinho e à Belinha amores incondicionais, por vocês, para vocês e sempre vocês. Agradeço a Deus por vocês existirem!

À família Ghisleri: Carmelinda, Laurindo, Cristiane e Janice, todos mais do que especiais. A minha profunda gratidão por tudo! Pelos conselhos, pelo respeito, pelas

tempestades e por me acolherem de maneira tão significativa. E por ter presenteado meu amado companheiro.

À UNIPLAC (Universidade do Planalto Catarinense) pela oportunidade em desenvolver outra paixão que é a docência em enfermagem.

Às minhas companheiras da UNIPLAC, o meu eterno carinho, principalmente as amigas Suian e Neila, aprendi muito com vocês, a dedicação e comprometimento com a saúde da mulher e da criança e com o ser humano as tornam muito mais especiais. Amo vocês!

Às minhas amigas e colegas do SAMU- Florianópolis e São José, Scheila, Maritza, Adriana Martins, Emanuele, Gabriela, André, à todos o meu carinho, amizade e obrigado por compartilharmos juntos momentos de aprendizado e de companheirismo.

Às minhas amigonas do peito, Gisele, Neila, Alcione, Patrícia e tia Linete, obrigado pelos excelentes momentos de descontração, amizade e carinho.

À todas as mulheres que vivenciaram o processo de gestar neste estudo, meu carinho, minha admiração, meu respeito e meu muitíssimo obrigado por permitir que eu adentra-se na vida de vocês e aprende-se a ser uma pessoa melhor, vocês contribuirão para a concretização de um sonho.

Às duas equipes de saúde da família do Centenário/Lages que me proporcionaram momentos de total autonomia profissional muito obrigado pela parceria e confiança.

À Secretaria Municipal de Saúde de Lages e a coordenação do Programa Saúde da Família em especial a enfermeira Lílian Copelli, obrigado pela confiança e oportunidade.

Aos membros da Banca Professoras Dra. Telma Elisa Carraro, Dra. Mercedes Trentini, Dra. Odaléa Maria Brüggemann e Dra. Dionice Furlani, por aceitarem e contribuírem para desfecho desse estudo. Também agradeço às Professoras Dra. Maria de Fátima Zampieri, Dra. Lygia Paim e a Doutoranda Márcia Bragança, pelas suas contribuições valiosas apresentadas na banca de qualificação.

Aos meus colegas do GRUPESMUR (Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido) pela convivência e pela socialização de conhecimentos, especialmente Roberta Porto, Márcia, Michele, Lucilene , Manuela.....

Aos colegas da Associação Brasileira de Enfermagem Obstétrica e Neonatal/SC, pela oportunidade em participar desta equipe e em contribuir de maneira singela nas atividades desenvolvidas pela Associação.

Às Professoras Dra. Maria Emília, Dra. Maria de Fátima, Dra. Marisa Monticelli, Dra. Kenya Reibnitz e Dra. Odaléa Maria Brüggemann pelo aprendizado, pela confiança, pelas contribuições em meu processo ensino-aprendizado, meu carinho e reconhecimento.

Aos colegas de turma do Curso de Mestrado 2007, em especial à Eleine Maestri amiga, dedicada obrigado pela tua amizade e parceria.

Às colegas da disciplina Metodologia da Pesquisa Convergente-Assistencial, além de fazermos história por ser a primeira turma de alunos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem a realizarem essa disciplina, fomos excepcionais durante o processo de ensino-aprendizagem. A parceria, o comprometimento, à vontade em aprender e apreender foram destaque. Foi muito gratificante participar desse grupo e contribuir também.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelas prestimosidades nos encaminhamentos realizados, especialmente a Claudia Garcia, muito obrigado pelos saberes compartilhados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo apoio financeiro.

Por fim, agradeço à todos que diretamente e indiretamente me auxiliaram nessa caminhada, ou melhor, em toda a minha caminhada, como mulher, mãe e profissional, buscando o aprendizado como forma de enriquecer o meu processo de ser e viver.

GHISLERI, Daniela Linhares da Silva. **Competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar:** contribuições para a Enfermagem. 2008. 181p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

Trata-se de uma Pesquisa Convergente-Assistencial, de natureza qualitativa, desenvolvida no contexto da Unidade de Saúde da Família (USF) do Bairro Centenário abrangendo quatro bairros do município de Lages-SC: Santo Antônio, São Luiz, Centenário e Morro Grande. Teve como objetivos desenvolver um processo assistencial com base na identificação da competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar e identificar de que modo a Enfermagem pode contribuir, durante o processo de cuidar, para o fortalecimento da competência para o autocuidado das mulheres que vivenciam o processo de gestar. Foi adotado como referencial teórico para dar sustentação ao estudo, a Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea E. Orem. O estudo foi desenvolvido em dois momentos: o primeiro no período de outubro e novembro de 2007 e o segundo momento de abril a início de junho de 2008. Os sujeitos participantes foram quatro mulheres que vivenciavam o processo de gestar. A coleta de informações foi realizada durante o processo de cuidar seguindo os passos do processo de enfermagem conforme proposto por Orem, utilizando as técnicas de observação e da entrevista semi-estruturada, abordando os requisitos de autocuidado universais, os relativos ao desenvolvimento e aqueles relacionados aos desvios da saúde. Para cada requisito foram identificados os componentes da competência do indivíduo para o autocuidado: físicos, cognitivos, afetivos e ambientais. No planejamento da assistência, as metas e os objetivos priorizaram ações de suporte educativo com vistas ao fortalecimento da competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar. A análise das informações obtidas durante o desenvolvimento da prática assistencial e investigativa, constou de quatro processos genéricos: apreensão, síntese, teorização e transferência. Desta análise emergiram categorias relacionadas às competências para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar, destacando-se como principais as relativas aos requisitos de autocuidado universais - manutenção do influxo de ar, manutenção do influxo suficiente de alimentos, manutenção ao equilíbrio entre atividade e repouso e aos processos vitais, e aos requisitos de autocuidado desenvolvimentais. Os resultados mostram que as mulheres, mesmo apresentando baixo nível socioeconômico, contextos vivenciais, familiares, culturais e educacionais distintos, demonstram capacidade para se engajar em ações de autocuidado para satisfazerem suas necessidades continuadas de autocuidado, em busca de autonomia no processo de autocuidar-se, de desempenharem o papel de protagonista de seu cuidado, sentindo-se seguras em optar pelos cuidados que projetou juntamente com a enfermeira, inovando e repensando as ações para com sua saúde e bem estar. Este processo é facilitado pelas contribuições da Enfermeira no sentido do crescimento e da conquista de melhor qualidade em seu processo de viver.

Palavras-chave: Enfermagem, cuidado pré-natal, gravidez, autocuidado.

GHISLERI, Daniela Linhares da Silva. **Competencia para el autocuidado de la mujer que vivencia el proceso de gestar:** contribuciones para Enfermería. 2008. 181p. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Post- Graduação en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser sano y enfermarse.

RESUMEN

Se trata de una investigación Convergente – Asistencial, de naturaleza cualitativa, desarrollada en el contexto de la Unidad de Salud de la Familia (USF) del Barrio Centenário abarcando cuatro barrios del municipio de Lages – SC: Santo Antonio, São Luiz, Centenário y Morro Grande. Tuvo como objetivos desenvolver un proceso asistencial basado en la identificación de la competencia para el autocuidado de la mujer que vivencia el proceso de gestar e identificar de qué modo la Enfermería puede contribuir, durante el proceso de cuidar, para el fortalecimiento de la competencia para el autocuidado de las mujeres que vivencian el proceso de gestar. Fue adoptada como referencia teórica para dar sostén al estudio, la Teoría General del Autocuidado de Dorotea E. Orem. El estudio fue desarrollado en dos momentos: el primero en el período de octubre y noviembre de 2007 y el segundo momento de abril a inicio de junio de 2008. Los sujetos participantes fueron cuatro gestantes que vivenciaban el proceso de gestar. La colecta de informaciones fue realizada durante el proceso de cuidar siguiendo los pasos del proceso de enfermería conforme lo propuesto por Orem, utilizando las técnicas de observación y de la entrevista semi – estructurada, abordando los requisitos de autocuidado universales, los relativos al desenvolvimiento y aquellos relacionados a los desvíos de salud. Para cada requisito fueron identificados los componentes de la competencia del individuo para el autocuidado: físicos, cognitivos, afectivos y ambientales. En el plan de asistencia, las metas y los objetivos priorizaron acciones de soporte educativo con vista al fortalecimiento de la competencia para el autocuidado de la mujer que vivencia el proceso de gestar. El análisis de las informaciones obtenidas durante el desenvolvimiento de la práctica asistencial e investigativa, constó de cuatro procesos genéricos: aprensión, síntesis, teorización y transferencia. De este análisis emergieron las principales competencias para el autocuidado de la mujer que vivencia el proceso de gestar: capacidad física, cognitiva, motivacional y medio ambiental para dedicarse a acciones de autocuidado relativas a: mantenimiento del influjo de aire, mantenimiento del influjo suficiente de alimentos, mantenimiento del equilibrio entre actividad y reposo y de los procesos vitales y de desenvolvimiento. Los resultados muestran que las mujeres, aunque presenten bajo nivel socioeconómico, contextos vivenciales, familiares, culturales y educacionales diferentes, demuestran capacidad para dedicarse a acciones de autocuidado para satisfacer sus necesidades continuadas de cuidado, en busca de autonomía en el proceso de autocuidarse, de desempeñar el papel de protagonistas de sus cuidados, sintiéndose seguras en optar por los cuidados que proyectaron junto con la enfermera, innovando y repensando las acciones para con su salud y bienestar. Este proceso es facilitado por las contribuciones de la Enfermera en el sentido del crecimiento y de la conquista de mejor calidad en su proceso de vivir.

Palabras claves: Enfermería, cuidado prenatal, embarazo, autocuidado.

GHISLERI, Daniela Linhares da Silva. **Competence for self-care of women undergoing pregnancy: contributions for Nursing**. 2008. 181p. Dissertation (Masters' Degree in Nursing) – Post Graduation Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

Advisor: Dr. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Research Line: Care and the process of living, being healthy and getting ill

ABSTRACT

It is a convergent, assistance research, of qualitative nature, developed in the context of the Family Health Unit (FHU) at Centenário District, comprising four districts within the municipality of Lages, Santa Catarina: Santo Antônio, São Luiz, Centenário and Morro Grande. We had as objectives to develop an assistance process based on identification of the competence for self-care of women undergoing pregnancy and identifying by which means Nursing is able to contribute, during the caring process, for the strengthening of the competence for the self-care of women undergoing pregnancy. It was adopted as a theoretical reference to give support to the study, Dorothea E. Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory. The study was developed in two moments: the first in October and November 2007 and the second in April to early June 2008. The participant subjects were four women who were pregnant. The collection of information took place during the caring process following the step of the nursing process as presented by Orem, using the observation techniques and semi-structured interview, approaching the universal requirements of self-care, the ones relating to the development and the ones related to the health deviations. For each requirement it was identified the components of the individual's competence for self-care: physical, cognitive, affective and environmental. At the planning of assistance, the goals and objectives prioritized actions of education support seeking the strengthening of competence for self-care of women undergoing pregnancy. The analysis of information obtained during the development of the assistance and investigative practice, was composed by four generic processes: apprehension, synthesis, theorization and transference. From this analysis emerged the major competences for the self-care of women undergoing pregnancy: physical, cognitive, motivational capabilities and environmental means for committing to actions of self-care related to: maintenance of air influx, maintenance of enough food influx, maintenance to the balance between activity and rest and to the vital and development processes. The results show that women, even presenting low social and economical levels, distinct life, familiar, cultural and educational contexts, demonstrate capability of committing to actions of self-care to please their continuing needs of care, seeking autonomy in the process of self-caring, playing the role of chief character in their care, feeling safe in opting for the types of care which they projected together with the nurse, innovating and reconsidering the actions towards their health and well-being. This process is made easier by the contributions of the nurse in the sense of growing and acquiring better quality in their living process.

Keywords: Nursing, prenatal care, pregnancy, self-care.

LISTA DE SIGLAS

AHMA – American Holist Medical Association
ANS - Agência Nacional de Saúde
BCF – Batimento Córdio-Fetal
CRAS - Centro de Referência em Assistência Social
COBEON - Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal
DATASUS - Banco de Dados do Sistema Único de Saúde
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF – Equipe de Saúde da Família
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida Humana
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
MS – Ministério da Saúde
NENL – Núcleo Espírita Nosso Lar
OMS - Organização Mundial de Saúde
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCA – Pesquisa Convergente-Assistencial
PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PSF – Programa Saúde da Família
RCPN – Roteiro de Consulta Pré-Natal
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB – Sistema de Informatização da Atenção Básica
SISPRENATAL – Sistema de Informatização do Pré-Natal
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura.
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para Infância
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense
UNIVALI – Universidade do Vale do Itajaí
USF – Unidade de Saúde da Família

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Aproximação dos elementos conceituais de Orem (1985) adaptados à prática do autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar e do modelo proposto por Santos, (1991, p.122)	58
Figura 2: Representação esquemática da estrutura do processo de enfermagem de Orem (1985)	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Processo de enfermagem fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem	96
--	-----------

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS.....	11
LISTA DE FIGURAS.....	12
LISTA DE QUADROS.....	13
1 INTRODUÇÃO: RECONSTITUINDO MINHA TRAJETÓRIA E DELINEANDO O TEMA DO ESTUDO.....	16
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	24
2.1 O PRÉ-NATAL E AS INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	24
2.2 PRINCIPAIS MODELOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA	30
2.3 CONTRIBUIÇÕES Da ENFERMagem NA ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR.....	37
2.4 ESTUDOS na ENFERMAGEM BRASILEIRA QUE UTILIZARAM A TEORIA DO AUTOCUIDADO COM MULHERES NO PROCESSO DE GESTAR	41
3 REFERENCIAL TEÓRICO	44
3.1 A TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO	45
3.1.1 Breve biografia da sua idealizadora, contexto de origem e fontes teóricas.....	45
3.1.2 Principais idéias e conceitos da Teoria Geral do Autocuidado	46
3.2 MARCO CONCEITUAL	48
3.2.1 Pressupostos da Teoria de Orem.....	48
3.2.2 Pressupostos pessoais	49
3.2.3 Conceitos inter-relacionados	50
4 REFERENCIAL E TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO	59
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO	59
4.2 O LOCAL E O CONTEXTO DO ESTUDO.....	60
4.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	62
4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	63
4.4.1 A trajetória da pesquisa convergente-assistencial.....	64
4.4.2 Procedimentos adotados para a organização e análise dos dados	69
4.5 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO	71
5 DESCREVENDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL E INVESTIGATIVA DESENVOLVIDA COM A MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR.....	73
5.1 MOVIMENTOS PRELIMINARES DE APROXIMAÇÃO COM O CENÁRIO E OS SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	73
5.2 DESCREVENDO A TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL E INVESTIGATIVA	76
5.2.1 Síntese informativa do desenvolvimento do estudo assistencial com desenho de Pesquisa Convergente-Assistencial	76
6 COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR E AS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA.....	97
6.1 A COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR	97
6.1.1 Categorias convergentes referentes as principais competências para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de cuidar.	99

6.2 CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA O FORTALECIMENTO DA COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	111
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES	122
ANEXOS	126

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO: RECONSTITUINDO MINHA TRAJETÓRIA E DELINEANDO O TEMA DO ESTUDO

A renovação e inovação da prática assistencial dependerão da competência das enfermeiras em desenvolver pesquisa como parte da sua prática cotidiana. (TRENTINI; PAIM, p. 30, 2004).

O estudo aqui apresentado, requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, começou a ser construído muito antes do meu ingresso no Curso de Mestrado, e até mesmo antes de iniciar minha trajetória profissional como enfermeira. Tudo começou em 1993, quando eu tinha apenas 16 anos de idade e adentrei no Núcleo Espírita Nosso Lar (NENL). Lá identifiquei minha sinergia com o processo de cuidar. Apesar da pouca idade, deparava-me com a magnitude da existência humana, identificando e compreendendo o processo de viver e adoecer. Refletia com frequência sobre como poderíamos viver mais e com melhor qualidade de vida. Para aplicar e desenvolver as terapias alternativas ali desenvolvidas, fui em busca de conhecimentos sobre a anatomia e a fisiologia humana, as quais despertaram ainda mais em mim a vontade de aprofundar conhecimentos relativos às ciências biológicas e da saúde. Foi assim que, no segundo semestre de 1994, ingressei no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), campus Itajaí. Na ocasião, motivação e entusiasmo não me faltaram para buscar novos conhecimentos e ampliar ainda mais os já adquiridos. De lá para cá, ocorreram muitas mudanças no meu processo de viver.

Em 2000 concluí o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde procurei aprimorar meus saberes com vistas à assistência de enfermagem no ciclo gravídico-puerperal, buscando práticas recomendadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1996) para promover nascimentos saudáveis e prevenir a mortalidade materna e perinatal. Minha primeira experiência como enfermeira obstétrica no acompanhamento pré-natal e no trabalho de parto de baixo risco no contexto domiciliar foi com uma amiga de infância. Foi uma experiência relevante, altamente significativa, regada de profissionalismo, ética, amizade,

companheirismo, aprendizado e, por que não dizer, ansiedade e medo, pois era meu primeiro acompanhamento sem uma facilitadora do meu lado e fora do contexto hospitalar.

Desde 2002 atuo como docente no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPLAC) em Lages, cidade onde residi por cerca de sete anos e desenvolvi atividades assistenciais e de extensão no Programa de Saúde da Família nos bairros, nos quais realizei este estudo. Nesses locais, prestei atenção integral à mulher no período gestacional, realizando consulta de enfermagem pré-natal, atendimento domiciliar e ações educativas. Desenvolvi projetos de extensão financiados pelo Fundo Social da Universidade do Planalto Catarinense, dentre outras atividades direcionadas à promoção da saúde da comunidade.

Paralelamente a essa prática profissional, também atuo desde 2005 no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU/192) na mesorregião de Florianópolis, nas unidades de suporte avançado de vida terrestre e aéreo. Essa experiência tem contribuído para minha aprendizagem em lidar com situações inesperadas e que necessitam de equilíbrio emocional do profissional, propiciando à clientela uma atenção digna, alicerçada no conhecimento técnico-científico e humanístico aliado à ética profissional. Dos 24.143 (vinte e quatro mil cento e quarenta e três) atendimentos realizados pelo SAMU no ano de 2007, 2.788 (dois mil setecentos e oitenta e oito) foram atendimentos obstétricos (dados estatísticos fornecidos pelo serviço em 2007). Trabalho de parto a termo e pré-termo, doença hipertensiva específica da gravidez e abortamento são as situações mais incidentes e alvo de atenção da equipe de saúde do SAMU. Situações estas que, quando bem acompanhadas pela equipe de saúde, certamente diminuem os riscos para a saúde da mãe e a do feto.

Em 2007 iniciei o Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC na área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade, e no decorrer dos dois primeiros semestres tive oportunidade, principalmente, de realizar uma prática assistencial em enfermagem, aprofundar conhecimentos e desenvolver atitudes e habilidades que contribuem para a qualificação da assistência de enfermagem prestada à saúde materno-infantil. Tudo isso me fez repensar sobre a minha prática docente e assistencial.

A escolha da temática deste estudo – “A atenção à mulher no pré-natal” – está intimamente ligada à minha trajetória profissional e à minha vivência pessoal como mãe e mulher, que trouxeram profundas transformações na minha existência e na minha vida familiar. Gravidez, adolescência, planejamento familiar, parto e puerpério foram os temas mais explorados e predominantes em minha trajetória profissional, e marcadores da minha presença na comunidade onde presto cuidados de enfermagem.

Paralelamente às questões sociais e culturais que me chamaram a atenção quando cheguei neste cenário há sete anos atrás, os problemas referentes ao desafio de oferecer uma assistência digna e com qualidade diferenciada às mulheres que se encontram no período gravídico-puerperal foram significativos, principalmente na assistência às mulheres negras, às trabalhadoras rurais e urbanas, bem como às adolescentes, pois essas mulheres quase sempre enfrentam preconceitos, discriminação e violência.

O cuidado que presto à mulher em parceria com a equipe de saúde, o respeito à dignidade da pessoa e às suas necessidades, o carinho, o estímulo ao autocuidado e a atenção personalizada e sistematizada são fatores que me estimularam a realizar este estudo e certamente contribuíram para minimizar minhas inquietações e preencher as lacunas existentes na atenção com a mulher no pré-natal.

No Brasil, os estudos relacionados à atenção obstétrica produziram grandes avanços no conhecimento sobre o processo da gravidez e do parto, sobre as patologias obstétricas, as tecnologias avançadas no hospital e a prevenção de doenças. Porém, foi sendo constituída, junto com a institucionalização e a medicalização da assistência ao parto, sua desumanização, porquanto menos sensível aos valores humanos, influenciando as mulheres a incorporar a cultura do corpo feio, fragmentado, e formando opinião de que as mulheres vão se tornando incapazes de protagonizar o processo de gestar e parir.

Com esse modelo de atenção, em que as mulheres gestantes não eram valorizadas, e sim tratadas como doentes, elas foram desmotivadas a exercer a autonomia e o protagonismo sobre sua saúde reprodutiva. (ZAMPIERI, 2006).

Castro e Clapis (2005) comentam que, mesmo com o progresso tecnológico e com a mudança da assistência ao parto para o contexto hospitalar, nosso país possui uma dificuldade de acesso aos serviços de saúde de qualidade para todas as mulheres, apresenta altos índices de morbidade e mortalidade materna/neonatal e de partos operatórios – muitas vezes sem indicação real –, uso indiscriminado de tecnologias de ponta, abortos clandestinos, esterilização em massa, baixa adesão para a promoção ao aleitamento materno entre outros.

Concordo com Zampieri (2006) quando diz que na atenção ao pré-natal as mulheres eram vistas como objetos fora de seu contexto vivencial, sendo observadas no modelo tecnocrático como meras máquinas, nas quais a construção e a interação do processo de relacionamento cliente-profissional não eram valorizadas, e sim as técnicas invasivas e intervencionistas.

Dias e Domingues (2005) referem que a Organização Mundial da Saúde (OMS) desde o início da década de 80 tem trazido contribuições importantes para a obstetrícia,

propondo o uso de tecnologias apropriadas para o parto e o nascimento, com base em evidências científicas que contestam práticas preconizadas pelo modelo biomédico. Os autores sugerem um modelo de atenção que vê a mulher como sujeito de suas ações, que tenta resgatar o feminino no parto, que é sensível à participação familiar no processo de parir e considera outros valores que não só o saber médico.

A Organização Mundial da Saúde (1996) recomenda como aceitável o índice de até 15% de cesáreas em relação ao total de partos, no entanto, no Brasil, o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde, DATASUS (BRASIL, 2005), mostra que em 2002 o número de cesarianas foi de 1.182,238 em relação ao número de nascidos vivos, que foi de 3.059,402. No mesmo ano, em Santa Catarina, nasceram 85.730 crianças, e destas 98,52% nasceram em instituições hospitalares – 43,47% de parto cirúrgico. Em Lages, SC, nasceram no ano de dois mil e sete 2.859 crianças, e destas 1.520 de parto normal e 1.339 de parto cesárea. Natimortos foram 42 recém-nascidos (dados fornecidos do livro de registro pela enfermeira obstétrica do Centro Obstétrico do Hospital e Maternidade Tereza Ramos SAME).

Diversos autores, como Formiga (2004), Organização Mundial de Saúde (1996), Silva et al. (2002), Dias e Domingues (2005), comentam em seus estudos que o Brasil começa a experienciar a mudança do modelo intervencionista para o modelo que privilegia a participação ativa da mulher e de seu acompanhante, a troca de informações, o contato precoce da mãe com o recém-nascido, a presença do pai e/ou da família durante o processo de nascimento. Esse novo modelo vislumbra a integração da equipe de saúde na atenção à mulher, ao filho e à família em um ambiente domiciliar e/ou hospitalar, objetiva o nascimento saudável, a valorização e o respeito a seus valores, crenças e experiências e, principalmente, contribui para a diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal.

A Organização Mundial de Saúde, juntamente com o Ministério da Saúde brasileiro (2001, 2004) e outras organizações não-governamentais, tem recomendado mudanças no modelo de atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, resgatando o parto natural e estimulando a enfermeira obstétrica a realizar o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal.

No início do ano 2000, o Ministério da Saúde implantou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, instituído através da Portaria/GM nº. 569, de 01/06/2000, que garante atenção específica à gestante e ao recém-nascido, constituindo-se em uma resposta às necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à puérpera. (BRASIL, 2006). Essa iniciativa busca a redução das altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, assegurando o acesso e a melhoria de cobertura e da qualidade do

acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal.

De acordo com dados do Ministério da Saúde brasileiro, das 49,5% das gestantes do Brasil que realizaram pré-natal, 56,3% são da região Sudeste, dados referentes aos nascidos vivos em 1998. (BRASIL, 2002ab).

Segundo o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB, 2005), no município de Lages, do período de janeiro a julho do presente ano, foram cadastradas no Programa de Saúde da Família de Lages 825 gestantes. Destas, 795 são acompanhadas pelo programa SISPRENATAL, resultando o percentual de 96,36% de gestantes acompanhadas. O número médio de consultas mensais no período foi de 753 consultas, e 685 destas gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre gestacional. (SIAB, 2005).

Nos últimos anos, venho observando e discutindo no Grupo de Pesquisa no qual estou inserida (Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido – GRUPESMUR/PEN/UFSC) que o acompanhamento à mulher durante o processo de gestar e parir humanizado tem sido questionado, principalmente no que se refere ao cuidado integral e ao protagonismo da mulher nesse processo.

Concordo com o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2003) quando nos adverte que a assistência à saúde não deve se restringir apenas às ações de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Deve-se abordar os diversos contextos em que a mulher e sua família estão inseridas: o social, o cultural, o histórico e o antropológico.

Com base nessa premissa, consegui analisar, refletir e aplicar estratégias na atenção à saúde da mulher, em particular às desprovidas de qualidade na sua saúde e no seu bem-estar, especialmente no que se refere às necessidades básicas, como alimentação, moradia, remuneração adequada, condições dignas de trabalho, educação para todos, acesso à cultura e ao lazer.

“Pensar sobre a mulher e sua saúde é pensar uma nova sociedade, em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde o seu nascimento”. (BRASIL, 2003, p. 15). Acrescento: desde sua gravidez, desenvolvendo um modelo de atenção que permita à mulher e à família participar ativamente do processo de gestar, fortalecendo ações transformadoras durante a prática do autocuidado no pré-natal e tornando-as competentes, autônomas e livres para protagonizar o processo de nascimento.

Destaco a necessidade de conhecer a competência da mulher para o autocuidado na gestação, por entender que nós, seres humanos, possuímos um poder de reconhecer nossas fragilidades e potencialidades ao desenvolvermos ações de autocuidado e de provocar mudanças que nos proporcionem um processo de viver mais saudável e feliz.

Na minha vivência de docente, discente e enfermeira assistencial da área da saúde da mulher e da criança e enfermagem pré-hospitalar, percebo que existem várias maneiras de vivenciar o processo de cuidar. Compreendo que este deve estar embasado em conhecimentos técnico-científicos e ético-humanísticos, e que a percepção, o conhecimento, a observação, a reflexão, a interação e o respeito entre o ser humano que recebe o cuidado a mulher e o(a) profissional são características essenciais e significativas no processo de cuidar para ambos os indivíduos.

Dessa vivência, emergem alguns questionamentos que me inquietam, tais como: por que algumas mulheres não compartilham, não trocam informações com os profissionais e não as incorporam? Por que algumas mulheres não se sentem capazes de exercer o papel de protagonista durante o processo do nascimento? Que competências são requeridas ao enfermeiro para fortalecer a prática do autocuidado na mulher que vivencia o processo de gestar? Que ajustes ou mudanças são fundamentais no atendimento à mulher em processo de gestar para que seja fortalecida a sua competência para o autocuidado?

Tais inquietações e indagações foram as vertentes do presente estudo, ainda como projeto para a minha seleção ao Curso de Mestrado. A proposta foi sendo polida e reforçada durante o Curso, principalmente nas disciplinas Projetos Assistenciais de Enfermagem e Concepções Filosóficas e Sociais no Processo de Cuidar em Enfermagem e Saúde.

Por acreditar que cada mulher que vivencia o processo de gestar possui um grande potencial para se engajar e desenvolver ações de autocuidado é que emergem as seguintes questões norteadoras: 1) Qual a competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar? 2) Como a Enfermagem pode contribuir, durante o processo de cuidar, para o fortalecimento da competência para o autocuidado das mulheres que vivenciam o processo de gestar?

A partir da identificação das questões norteadoras, foi preciso definir a abordagem teórico-metodológica mais adequada a ser adotada. Neste particular, por considerar a natureza do fenômeno a ser investigado, as minhas crenças, meus valores e minha visão de mundo, optei por desenvolver o presente estudo tendo como referencial teórico a Teoria Geral do Autocuidado, de Dorothea Orem. Esta teórica acredita que o profissional de enfermagem, juntamente com o cliente, deve identificar déficits de competência no atendimento dos requisitos individuais de autocuidado, procurando desenvolver nesses indivíduos os potenciais já existentes para a prática de autocuidado. Desse modo, o profissional de enfermagem atua como regulador do sistema de autocuidado, identificando os déficits de competência em relação à demanda terapêutica, fazendo pelo indivíduo aquilo que não pode fazer por si

mesmo: ensinar, orientar e promover o desenvolvimento das competências do indivíduo para que ele possa se tornar independente da assistência de enfermagem assumindo ações de autocuidado. Tais competências podem ser desenvolvidas no dia-a-dia, através de um espontâneo processo de aprendizagem, auxiliado pela curiosidade intelectual, pelo grau de instrução e supervisão de outros, bem como pela experiência na execução de medidas de autocuidado. (OREM 1971). Assim, optei por essa teoria por entender que apresenta elementos teórico-conceituais congruentes com a proposta do presente estudo, além de contribuir para a compreensão da mulher na sua integralidade e para o processo de cuidar sob a ótica do autocuidado. Também por estar em conformidade com suas abordagens em relação à necessidade universal do ser humano em autocuidar-se, à apreensão de autocuidado de acordo com sua vida cultural, à existência de algumas decisões e ações de autocuidado que são influenciadas por fatores tais como: saúde, idade, conhecimentos, valores, motivação, entre outros. Entendo que essa teoria de enfermagem contribui para a construção e orientação de estratégias dirigidas aos sujeitos envolvidos na pesquisa, como também para a reflexão de maneira sistemática sobre o processo de cuidar.

No que diz respeito à escolha do método de pesquisa, esta se solidificou durante o 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, que aconteceu em Florianópolis no mês de junho de 2007, quando tive o privilégio de participar de um mini-curso intitulado Pesquisa Convergente-Assistencial (PCA), ministrado pelas professoras Dras. Mercedes Trentini e Lygia Paim, autoras dessa modalidade de pesquisa. No desenvolvimento do curso as autoras destacaram alguns princípios da Pesquisa Convergente-Assistencial, tais como: conectividade, dialogicidade, essencialidade, expansibilidade, interfacialidade, imersibilidade, simultaneidade. Apontaram que esses princípios consistem na articulação intencional com a prática assistencial, ações em que o pesquisador se envolve com a assistência e a pesquisa, compreende e respeita a individualidade das duas lógicas e sua relação em torno de um fenômeno, produz reflexões e mudanças na prática assistencial – compartilhadas com os profissionais de saúde e com os sujeitos da pesquisa. Trata-se de mudanças principalmente de comprometimento consigo e com o outro, numa dada vivência profissional.

Pesquisar sobre a competência para o autocuidado nas mulheres que vivenciam o processo de gestar fortalece também minhas expectativas de que o enfermeiro, na prática assistencial direcionada ao acompanhamento pré-natal necessita, além de motivar, fortalecer nas mulheres o hábito de questionar e decidir cuidados e condutas com a equipe de saúde, objetivando a promoção de saúde materno-fetal e de ações em benefício da mãe, estendendo ao seu feto.

Assim, o presente estudo tem como objetivos: desenvolver um processo assistencial com base na identificação da competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar e identificar de que modo a Enfermagem pode contribuir, durante o processo de cuidar, para o fortalecimento da competência para o autocuidado das mulheres que vivenciam o processo de gestar.

CAPÍTULO 2

2 REVISÃO DE LITERATURA

Gestantes e profissionais interagem entre si, divergem e se complementam, são autônomos e dependentes da cultura, da genética e do social. Vivem em contextos diferentes que se interligam e atribuem significados diferentes à gestação, as quais precisam ser compartilhados e compreendidos. (ZAMPIERI, 2006, p. 16).

Neste capítulo apresento algumas publicações que considere apropriadas para descrever e discutir aspectos pertinentes ao “estado da arte” acerca da atenção à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, sob o ponto de vista teórico e contextual. Vale ressaltar que trata-se de uma revisão do tipo narrativa. Esse tipo de revisão constitui, essencialmente, “de análise da literatura publicada em livros, artigos de revistas impressas e/ou eletrônicas na interpretação e análise crítica pessoal do autor”. (ROTHER, 2007, p.1).

Para bem explorar a temática, subdividi o capítulo em quatro subitens, a saber: a) o pré-natal e as iniciativas governamentais na atenção ao parto e ao nascimento; b) principais modelos de atenção obstétrica; c) contribuições do enfermeiro na assistência integral à mulher que vivencia o processo de gestar; d) estudos na enfermagem brasileira que utilizaram a Teoria do Autocuidado, os quais passarei a apresentar. Os descritores utilizados para o acesso à busca bibliográfica foram: cuidado pré-natal, *prenatal care*, autocuidado, *self-care*, gravidez, *pregnancy*, *embarazo*, assistência integral à saúde da mulher, políticas de atenção à mulher e parto e nascimento, referência e consulta. Os periódicos foram obtidos por meio das bases dos dados BDENF, LILACS e MEDLINE. Além dessas fontes de dados, utilizei teses, dissertações, livros, manuais, legislação relativos à área obstétrica.

2.1 O PRÉ-NATAL E AS INICIATIVAS GOVERNAMENTAIS NA ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

A maternidade é um período ímpar e incomparável tanto na vida da mãe como na do

bebê. Não há gestante que não se depare com angústias e incertezas, além da euforia relacionada à maravilha da criação da vida. Esse momento é mesclado de informações sobre a gestação, o parto, os cuidados com o recém-nascido e o puerpério, pois com o passar dos dias as modificações e as incertezas se multiplicam e a futura mãe passa a buscar respostas para conciliar a maternidade ao seu bem-estar, saúde e beleza.

Lopes (2005) defende que o parto será mais satisfatório para a mulher se ela puder ser livre para fazer aquilo que deseja.

Zampieri (2006) traz determinadas iniciativas governamentais direcionadas à atenção humanizada na gestação. Cita o Projeto Maternidade Segura, cuja proposta, embora tenha sido deixada de lado, foi criada com o objetivo de mobilizar profissionais para: aumentar a cobertura e melhoria da qualidade no atendimento à gestante nos serviços de saúde; prestar informações relacionadas com a saúde reprodutiva e os direitos da mulher; assegurar a assistência durante o ciclo gravídico-puerperal; no planejamento familiar, incentivar o parto normal humanizado, ter rotinas escritas para normatizar a assistência, apresentar estrutura adequada para assistir o binômio, possuir arquivo e sistema de informação, bem como avaliar periodicamente os indicadores de saúde maternos e perinatais.

O Ministério da Saúde, preocupado com a qualidade da assistência de pré-natal, cria o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN/ 2000; Portaria/GM nº 569, de 1/6/2000), que busca assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento estabelece como filosofia o adequado acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério, garantindo o direito à humanização durante a assistência obstétrica e neonatal, que consiste no cumprimento de condutas como: postura ética, solidária e cidadã; respeito a crenças, valores e atitudes por parte dos profissionais de saúde; disponibilização, por parte da instituição, de um ambiente acolhedor, que preserve a mulher e o recém-nascido das condutas hospitalares desnecessárias. (SERRUYA et al., 2004 b).

A análise das informações do Sistema Único de Saúde nos últimos anos mostra um incremento considerável do número de consultas pré-natais efetuadas em mulheres que realizaram partos na rede pública de serviço de saúde. O aumento mais importante ocorreu entre 1997 e 1998, em decorrência da inclusão do acompanhamento pré-natal no conjunto de ações básicas que devem ser desenvolvidas pelos municípios. (BRASIL, 2005).

No Brasil, a proporção referida de sete ou mais consultas no pré-natal foi de 49,1% em 2003 e de 53,6 % em 2005. Por sua vez, a razão entre o número de consultas de pré-natal e

o de partos passou de 1,2 consulta por parto, em 1995, para 5,4 consultas por parto, em 2005. (BRASIL, 2008).

Serruya (2004a) e o Ministério de Saúde do Brasil (BRASIL, 2005) documentam que o acesso ao pré-natal apresenta diferenças por região, residência e escolaridade. Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) realizada em 1996, da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), 14,3% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa não haviam recebido nenhuma consulta pré-natal, sendo 7,6% na cidade e 30,3% no campo. Na pesquisa se destacou o Rio de Janeiro como a cidade que apresentou menor taxa de mulheres sem cobertura pré-natal. Em relação à escolaridade, 42,6% das mulheres sem pré-natal eram analfabetas e 27% haviam cursado apenas de um a três anos de estudo de educação formal. Serruya (2004a) destaca ainda que as desigualdades permanecem principalmente entre a região Sudeste e a região Norte. Na região Sudeste o percentual de gestantes que realizam sete consultas é de 58,6% contra 38,6% encontrados na região Norte.

Apesar do aumento do número de consultas de pré-natal, a qualidade dessa assistência ainda é precária. Isso se evidencia pelos seguintes aspectos: incidência de sífilis congênita, hipertensão arterial como causa mais freqüente de morte materna no Brasil e também pela constatação de que somente cerca de 15% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento conseguem realizar o elenco mínimo de procedimentos preconizados pelo programa, incluindo-se a oferta do teste anti-HIV, os dois exames de VDRL e a consulta puerperal, segundo dados do SISPRENATAL de 2005. (BRASIL, 2005).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento determina alguns critérios a serem seguidos durante a atenção no pré-natal e um sistema de informação, o programa SISPRENATAL, para monitorar essa atenção e melhorar a gestão dos serviços. O SISPRENATAL repassa ao município, às maternidades e/ou aos hospitais incentivos financeiros do governo federal desde que cumpram os critérios preestabelecidos, que são os seguintes procedimentos: captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação; realização de no mínimo seis consultas de pré-natal, bem como dos exames básicos; realização do teste anti-HIV; imunização antitetânica; promoção de atividades educativas; classificação de risco gestacional; e uma consulta puerperal, até quarenta e dois dias após o parto. (BRASIL, 2000).

Calderon et al. (2006) descrevem que a promoção de saúde materna contempla: a recomendação do número ideal e da qualidade das consultas de pré-natal, o estabelecimento

de programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação. O manual técnico preparado pelo Grupo de Investigações de Estudo de Controle Pré-Natal da OMS considera ideal a realização de quatro consultas no pré-natal e uma no período pós-parto. Na primeira visita, recomendada até a 16ª semana de gestação, deverá ser avaliado o risco obstétrico. A detecção de qualquer risco implicaria atenção especializada, com exame/avaliação e seguimentos adicionais, e, se necessária, a referência da atenção básica para um serviço de nível mais complexo. Destacam que o risco e a necessidade de referência para centros mais especializados deverão ser constantemente avaliados. Na ausência de risco, o acompanhamento pré-natal deverá seguir as recomendações para a atenção básica na assistência pré-natal. Comentam que, para assegurar a qualidade da assistência pré-natal, a OMS recomenda: investigar o risco obstétrico; realizar exame clínico e obstétrico, com especial atenção à presença de anemia, e avaliação da idade gestacional, da altura uterina e dos batimentos cardíaco-fetais; aferir os níveis pressóricos; reforçar e estimular a suplementação de ferro e ácido fólico; instruir a gestante sobre os sinais e os locais de atendimento de emergência e preencher a ficha de pré-natal de maneira adequada em todas as consultas de pré-natal. Acrescentam também na primeira consulta o exame ginecológico completo, o cálculo da relação peso/altura, a solicitação de exames laboratoriais básicos, como dosagem de hemoglobina, sorológico para sífilis/DST, urinálise e tipagem sanguínea (ABO e Rh) e a primeira dose da vacina antitetânica. O protocolo inclui ainda a avaliação de peso materno nas gestantes de baixo peso e de proteinúria nas nulíparas ou portadoras de pré-eclâmpsia prévia em todas as visitas subsequentes à primeira consulta de pré-natal. A dosagem de hemoglobina e a vacina antitetânica deverão ser repetidas; orientações e planejamento do parto e recomendações sobre lactação e anticoncepção deverão ser iniciadas na terceira e reforçadas. Reforçam o preenchimento e a instrução à gestante para que apresente a ficha de pré-natal completa no momento do parto.

Foi concluída em 2004, uma pesquisa financiada pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e implementada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), que, avaliando o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, mostrou que dos 5.561 municípios brasileiros, em 2002, 3.923 haviam aderido ao PHPN, somente 634 apresentaram registro no SISPRENATAL com algumas gestantes com todos os procedimentos previstos do PHPN. Aponta que entre janeiro de 2001 e agosto de 2002 foram cadastradas em todo o país cerca de 316.154 mil mulheres no programa. (BRASIL, 2008).

A pesquisa de cunho qualitativo e quantitativo analisa os municípios quanto à

realização de todas as atividades programadas para cobrir o ciclo gravídico-puerperal completo – tempo de adesão ao PHPN, o PSF x PHPN, principais indicadores de atenção, que são gestantes com seis consultas de pré-natal, gestantes com oito exames laboratoriais, gestantes com seis exames laboratoriais, gestantes imunizadas e gestantes com exame HIV, segundo região do País.

Os principais resultados da pesquisa: as gestantes são captadas com até 120 dias de gestação, realizam as seis consultas durante o pré-natal, realizam a primeira bateria de exames laboratoriais e a maioria é imunizada contra o tétano. Destaca-se que o estudo identificou algumas fragilidades do PHPN: a falta de integração funcional efetiva entre o pré-natal e o parto, a reduzida realização da segunda bateria de exames complementares no terceiro trimestre de gravidez e a escassa realização da consulta de puerpério. Evidencia que a diretriz da humanização do parto não vem sendo cumprida e que as visitas aos hospitais preconizadas pelo Programa não ocorrem, possivelmente pela não-concretização das referências específicas. A pesquisa aponta ainda a razão da valorização do conhecimento prévio da referência hospitalar pelas gestantes, que representa importante fator de segurança e confiança. (BRASIL, 2008).

No que se refere à análise crítica do SISPRENATAL, indica que o sistema: é amigável e acessível; possui coerência interna; tem potencial de instrumentalizar o gerenciamento do PHPN a partir dos relatórios gerenciais que emite; quando utilizado com oportunidade, não retrata de forma integral a realidade do atendimento realizado no local de atenção; e, finalmente, apresenta uma defasagem no tempo e no quantitativo dos dados disponíveis no sistema em nível local, quando comparado com o central. (BRASIL, 2008).

O estudo com base nos resultados dessa avaliação recomenda:

1. definição de um mecanismo funcional efetivo de integração entre o pré-natal e o parto, acompanhado de um instrumento administrativo de controle e de remuneração;
2. contextualização da consulta do puerpério, com flexibilização do intervalo de tempo definido entre o parto e o momento de contato da puérpera com o serviço. As atividades de controle do pós-parto devem ser decorrentes das oportunidades de contato já existentes com o serviço, tais como o controle do recém-nascido, a consulta de planejamento familiar ou a visita domiciliar;
3. focalização da segunda bateria de exames no diagnóstico precoce da sífilis, flexibilizando os outros exames laboratoriais para indicação médica;
4. modificação da atual lógica de financiamento para metas de integração do pré-natal e parto: realização do controle pós-parto na oportunidade de contato da puérpera com o

serviço de saúde e priorização do teste para sífilis na solicitação normativa de exames no terceiro trimestre, possibilitando potencializar o impacto induzido pelo estímulo financeiro ao PHPN. (BRASIL, 2008).

A assistência à mulher no processo de nascimento tem merecido atenção especial por parte dos gestores de saúde. No Brasil os indicadores de saúde mostram índices preocupantes com relação ao coeficiente de mortalidade materna e perinatal. Entre 1999 e 2001, diminuíram os óbitos em internações obstétricas no SUS, passando de 34,8 óbitos por 100.000 internações em 1997 para 28,6 óbitos por 100.000 internações em 2001. Nesse mesmo período caiu o número de mulheres que morreram no parto em relação ao número de partos realizados, passando de 32,48 para 24 óbitos em 100.000 partos em 2001. (BRASIL, 2004).

Com relação à mortalidade perinatal, a cada mil nascidos vivos, 19 morrem nos primeiros 28 dias de vida. Há 20 anos as taxas de morte de mulheres na gestação, parto e pós-parto praticamente não caem, e as estatísticas neonatais equivalentes não sofrem redução faz uma década. A mortalidade por causas perinatais representa, atualmente, o principal contingente das mortes no primeiro ano de vida. As condições de saúde das gestantes, a qualidade da atenção pré-natal e ao parto e a assistência ao recém-nato são os principais fatores da mortalidade perinatal. (BRASIL, 2004).

O compromisso do Brasil com os Objetivos do Milênio e o Pacto pela Saúde de 2006 colocam como prioritárias as ações que se dirigem à redução da mortalidade infantil. Entre os Objetivos do Milênio – documento pactuado pelos 191 Estados-membros das Nações Unidas – está a redução em 2/3 da mortalidade de menores de cinco anos até o ano de 2015. (BRASIL, acesso em 14/04/2008).

Um dos grandes avanços do Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006 foi a construção e aprovação do Pacto pela Saúde, aprovado e regulamentado pelas portarias GM 399, de 22 de fevereiro de 2006, e GM 699, de 30 de março de 2006, na reunião da Comissão Intergestores Tripartite de 14 de dezembro de 2006. O Pacto pela Saúde representa um avanço na consolidação do Sistema Único de Saúde. Esse novo processo teve como objetivo promover inovações na condução e nos instrumentos de gestão, visando a alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde, para melhor atender a população. O manuscrito Pacto pela Saúde define o exercício simultâneo dos gestores de saúde nas três esferas de governo, bem como o estabelecimento de prioridades articuladas e integradas em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos derivados da análise da situação de saúde do País. Entre as prioridades está a redução da mortalidade

materna e infantil. O Pacto pela Vida tem, ainda, como diretrizes estabelecer a Política Nacional de Saúde do Idoso, elaborar e implantar uma Política Nacional de Promoção da Saúde e consolidar a Atenção Básica à Saúde tendo como prioridade o Programa Saúde da Família (PSF). (BRASIL, acesso em 14/04/2008).

Recentemente o Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Saúde (ANS), com intuito de reverter as altas taxas de cesárea em nosso país, lançaram uma campanha publicitária em prol do movimento pelo parto normal, intitulada “Parto Normal. Deixe acontecer naturalmente”, cujo objetivo é promover discussões sobre as estratégias para a redução das cesarianas desnecessárias e o incentivo ao parto normal.

José Gomes Temporão, Ministro da Saúde, afirmou durante o lançamento da campanha Incentivo ao Parto Normal, em Brasília (DF), que o Brasil vive uma epidemia de cesarianas. Temporão relatou que a cesariana já representa 43% dos partos realizados no Brasil no setor público e no privado. Analisando-se apenas as mulheres que utilizam planos de saúde, esse percentual chega a 80%. No Sistema Único de Saúde, as cesáreas somam 26% do total de partos. Os dados são de 2006. O ministro disse que a meta do país é se aproximar da meta da OMS, que é de 15%. (TEMPORÃO, 2008).

2.2 PRINCIPAIS MODELOS DE ATENÇÃO OBSTÉTRICA

Na história da obstetrícia vimos que a mulher se acomodou e se fragilizou, sentindo dificuldades em manter-se firme como protagonista do processo de gestar e parir, e muitos foram os culpados (modelo tecnocrático) pela destruição da capacidade da mulher de ser a dona do processo de gestar e parir.

Ao longo da história do parto, os registros mostram que as mulheres eram reconhecidas como autoridades em relação ao ato de parir; existiam tradições, orientadas pela observação prática e associadas ao culto de divindades que regiam a conduta das parteiras na Mesopotâmia de 1.200-1400 a.C. “Em manuscritos iraquianos, aparecem imagens de mulheres parindo em várias posições: em pé, de cócoras, ajoelhadas ou sentadas, com auxílio de parteiras”. (LOPES, 2005, s/p).

Martins (2004), ao discursar sobre a história da obstetrícia, relata que o acompanhamento pré-natal era um tema ignorado no século XIX, cercado de vergonha e mistérios.

Nascimento (1984) destaca que, na evolução histórica da assistência à mulher no processo de nascimento, as transformações advindas influenciaram não só as mulheres e seus familiares, mas também os profissionais de saúde.

Zampieri (2006) relata que as práticas de saúde no processo de gestar e parir evoluíram no decorrer dos anos, contudo sofreram modificações de acordo com os contextos sociais, históricos, políticos e econômicos, contemplando também questões de gênero.

Neto et al. (2008a) destacam que desde o início da medicalização inúmeros esforços aconteceram para a perpetuação da força de trabalho. Uma das medidas para o controle estatal foi a institucionalização do parto.

No final do século XIX, ocorreu o uso de algumas técnicas intervencionistas no atendimento ao parto normal, visando a facilitar o desenvolvimento deste. No entanto, essas técnicas fizeram com que a parturiente deixasse de ser a protagonista da cena principal e que, quando necessário, deveria apenas “fazer força”, o que fez com que a medicalização instituída até então contribuísse para a desumanização do parto. (FORMIGA, 2004).

Segundo Martins (2004), no Brasil a medicalização no processo de gestar e parir tornava-se estável nas primeiras décadas do século XX.

A medicalização do parto tornou-se um modelo a ser seguido como parte do projeto de modernização, atravessada pela idéia de civilização vigente à época. Embora com ritmos diferenciados, de acordo com a especificidade de cada país, o que se observava era uma grande sincronia nestes processos, já que a medicina ocidental dos últimos séculos era intrinsecamente cosmopolita. (TORNQUIST, 2004, p. 78).

A atenção à gestação, ao parto e ao nascimento é marcada pela medicalização, pelas intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, bem como pela prática abusiva da cesariana. Persistem o isolamento da gestante de seus familiares, a falta de privacidade e o desrespeito à sua autonomia. De uma maneira geral, rotinas rígidas são adotadas sem a avaliação crítica caso a caso, ao mesmo tempo que práticas adequadas para um bom acompanhamento do trabalho de parto não são realizadas, como o uso do partograma. (BRASIL, 2001).

A entrada dos homens na profissão, ocupando o lugar das parteiras, e as mudanças ocorridas no período pós-Segunda Guerra Mundial trouxeram as principais transformações na obstetrícia. O papel do médico como responsável pela saúde familiar e o advento do ensino foram os principais motivos para se pesquisar e conhecer as alterações clínicas da gestação e do parto. (ZAMPIERI, 2006).

Santos (2002) comenta que o modelo tecnocrático (modelo biomédico) de atenção ao parto e ao nascimento foi gerado a partir da Revolução Científica na Europa, ditando que o corpo humano é uma máquina. O autor relata que nesse modelo a mulher é vista sob a ótica masculina, na perspectiva da sociedade industrializada e tecnológica.

A gestante, a parturiente e a puérpera são vislumbradas como um objeto que está à mercê de alguns procedimentos e rotinas instituídos em todos os partos, os quais influenciaram as pessoas a encorajar uma auto-imagem mecânica e pré-fabricada. (SANTOS, 2002).

A assistência obstétrica experimentou muitas variações, entre as quais a troca de posição do parto vertical para horizontal, a mudança de conduta expectante dos profissionais para intervencionista, a substituição de parteiras e das mães por médicos, apontando que quem antes era protagonista (mãe, pai e bebê) se tornou hoje agente passivo ou figurante da parturição.

Percebo até hoje a influência desse modelo na atenção ao parto e ao nascimento, principalmente no setor suplementar. Martin (2006) analisa e retrata o que predomina hoje no setor suplementar. Metaforicamente relata que o obstetra é o engenheiro de produção, a mulher é o meio de produção e o recém-nascido é o produto a ser desenvolvido dentro dos padrões de qualidade total.

Participando do V Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal (COBEON), em outubro de 2007 em Bento Gonçalves/RS, a enfermeira obstétrica, especialista em regulação GG/TAP/DIPRO/ANS Jaqueline Alves Torres, referiu, em uma conferência intitulada: “A inserção da enfermeira obstétrica na atenção ao parto e nascimento no setor suplementar de saúde”, que em 2006, 80% dos partos no setor foram cesarianas; que ocorre um excesso de procedimentos invasivos na atenção imediata ao recém-nascido; que as mulheres apresentam pouca autonomia sobre as decisões na condução do parto; e que ocorre baixa adesão às políticas e diretrizes sobre a atenção ao parto e nascimento propostas pelo Ministério da Saúde brasileiro. (TORRES, 2007).

Esses dados acima descritos nos mostram que o processo de gestar e parir ainda sofre influências do modelo tecnocrata, sendo este controlado, monitorizado e realizado de acordo com os protocolos e padrões já estabelecidos. Nele a mulher é um agente passivo na tomada de decisões relacionadas à sua gravidez, parto e puerpério.

D'Orsi et al. (2005) publicaram um estudo para avaliar a qualidade da atenção durante o processo de trabalho de parto em duas maternidades – uma pública e outra conveniada com o Sistema Único de Saúde – no município do Rio de Janeiro. A amostra foi composta de 461 mulheres na maternidade pública (230 partos vaginais e 231 cesáreas) e 448

mulheres na maternidade conveniada (224 partos vaginais e 224 cesáreas). De outubro de 1998 a março de 1999, observou-se baixa frequência de algumas práticas que devem ser encorajadas, como presença de acompanhante (1% na maternidade conveniada, em ambos os tipos de parto), deambulação durante o trabalho de parto (9,6% das cesáreas na maternidade pública e 9,9% dos partos vaginais na conveniada) e aleitamento na sala de parto (6,9% das cesáreas na maternidade pública e 8,0% das cesáreas na conveniada). Em contrapartida, práticas comprovadamente danosas e que devem ser eliminadas – como uso de enema (38,4%), tricotomia e hidratação venosa de rotina (88,8%), uso rotineiro de ocitocina (64,4%), restrição ao leito durante o trabalho de parto (90,1%) e posição de litotomia (98,7%) para parto vaginal – apresentaram alta frequência. Os melhores resultados foram obtidos na maternidade pública. As autoras concluem que as duas maternidades apresentam frequência elevada de intervenções durante a assistência ao parto. A maternidade pública, apesar de atender clientela com maior risco gestacional, apresenta perfil menos intervencionista que a maternidade conveniada.

Atualmente o modelo de assistência obstétrica no Brasil caracteriza-se por excesso de práticas intervencionistas durante o parto, o que tem contribuído para o aumento de taxas de cesáreas e de morbimortalidade materna e perinatal. (CAPARROZ, 2003).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimam que, em 1990, meio milhão de mulheres morreram por complicações do ciclo gravídico-puerperal, sendo as principais complicações: hemorragia, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, infecção e complicações do aborto. Sabe-se que há uma relação entre o desenvolvimento social, econômico e cultural da região com a taxa de morte materna. (COSTA, et al., 1997).

Estima-se que ocorram em nosso país 134,7 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. As causas mais frequentes são as doenças hipertensivas específicas da gravidez, as hemorragias, as infecções e os abortamentos. (BRASIL, 1995ab).

Em 2002, mais de 38.000 recém-nascidos e 2000 mulheres morreram no País por complicações no ciclo gravídico-puerperal e em decorrência de abortos. Nesse sentido, ocorrem mais de 500.000 óbitos maternos no mundo, mais de 50 milhões de mulheres sofrem doenças ou seqüelas relacionadas com a gravidez e pelo menos 1.200.000 recém-nascidos morrem por complicações durante o ciclo gravídico-puerperal. (FEBRASGO, 2004).

A Organização Mundial de Saúde, desde o início da década de 1980 (OMS, 1996), tem trazido contribuições importantes para esse debate ao propor o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, com base em evidências científicas que contestam

práticas preconizadas no modelo médico de atenção.

Na tentativa de modificar esse modelo, foi iniciada, na década de 1990, a implantação da Política de Humanização do Parto e Nascimento. Uma das estratégias adotadas foi a hierarquização da assistência ao parto, com a implantação da assistência aos partos de baixo risco por enfermeiras obstetras, seguindo o exemplo bem-sucedido de alguns países europeus, onde a assistência a esses partos é prestada por profissionais não-médicos.

Desde 1998, o MS vem qualificando enfermeiras obstétricas para sua inserção na assistência ao parto normal, através de cursos de especialização em enfermagem obstétrica e portarias ministeriais para inclusão do parto normal assistido por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do SUS. Na legislação profissional de enfermagem, os não-médicos que podem realizar o parto normal são a enfermeira e a obstetriz/enfermeira obstétrica, assim como a parteira titulada no Brasil até 1959. (RIESGO, 2002).

O objetivo da assistência durante o ciclo gravídico-puerperal é obter os sujeitos saudáveis com o mínimo de intervenção que seja compatível com a segurança.

Acredita-se que durante o processo de nascimento deve-se respeitar as vontades da parturiente, deixá-la decidir – depois de orientada – de que maneira deseja parir seu filho e os tipos de assistência e procedimentos que podem ser realizados.

A palavra “humanização” vem sendo utilizada há tempos, em especial quando se fala em humanização da assistência. Na assistência ao parto, os debates e reflexões sobre a humanização trazem demandas antigas, e nos últimos anos vários autores e organizações não-governamentais têm demonstrado suas preocupações com a medicalização excessiva do parto, propondo modificações no modelo de assistência ao parto, principalmente naqueles de baixo risco. (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Zampieri (2004) acredita que a definição de humanização depende da visão do mundo, dos contextos filosófico, científico, literário, político, religioso, mitológico, popular, histórico e geográfico, além das relações entre as pessoas com a sociedade e com o planeta.

O processo de gestar vai além da geração de um bebê. Compreende todas as emoções, sensações, relações e acontecimentos vivenciados pelo casal/família nesse contexto ambiental que contempla um conjunto de significados. É uma situação em que o casal torna-se biológica e culturalmente capaz de gestar, receber e cuidar do novo ser humano recém-nascido (RN).

A abordagem humanística é necessária para qualquer ato que envolva o cuidado, é um idioma que as pessoas, mesmo sem saber, entendem e procuram. A abordagem humanística tem condições de propiciar à pessoa que atende a confiança do outro, que é melhor credencialmente no processo

de interação profissional/gestante/família. A mulher deve ser considerada como um ser singular, o que implica saber ouvir, acolher, ter empatia, criar vínculos, ficar do seu lado, ouvir indagações e valorizar seus depoimentos. (SOUZA, 2002, p.31).

Santos (2002) define o modelo holístico de atenção ao parto e nascimento, disponibilizando para a mulher uma variedade de abordagens e técnicas, desde medicinas tradicionais como a chinesa, passando por vários métodos que visam a trabalhar diretamente a energia do indivíduo.

O profissional assume que o cliente é responsável pelo seu bem-estar; fomenta e mantém uma aliança com esse cliente, usando terapias em que tanto o cliente quanto o profissional sintam-se satisfeitos; avalia e recomenda opções de tratamentos dirigidos à cura da doença, e não ao alívio de sintomas.

Segundo a American Holist Medical Association (AHMA) os princípios da prática holística são:

1. Os médicos holísticos abraçam uma variedade de opções diagnósticas e terapêuticas seguras e efetivas, que incluem:
 - educação para a mudança no estilo de vida e para o autocuidado;
 - modalidades terapêuticas complementares;
 - uso de drogas convencionais e cirurgia.
2. A busca das causas da doença é preferível ao tratamento dos sintomas;
3. O médico despende mais esforços em estabelecer qual tipo de cliente possui uma doença do que em estabelecer qual tipo de doença o cliente possui;
4. A prevenção é melhor do que o tratamento e, em geral, mais eficiente;
5. A doença é vista como a manifestação de uma disfunção da pessoa em sua totalidade, não como um evento isolado;
6. Um fator determinante nos resultados é a qualidade do relacionamento estabelecido entre o profissional e o cliente, na qual a autonomia do cliente é encorajada;
7. A relação médico-cliente ideal considera os desejos, as necessidades, as preocupações e o discernimento do cliente, assim como os do profissional;
8. O médico exerce uma forte influência sobre o cliente pelo exemplo;
9. A doença, a dor e a morte podem ser uma oportunidade de aprendizagem para o cliente e para o médico;
10. O médico holístico encoraja o cliente a evocar o poder curativo do amor, da

esperança, do humor e do entusiasmo e a liberar as conseqüências tóxicas da hostilidade, da vergonha, da inveja e da depressão;

11. O amor incondicional é a mais poderosa forma de cura. Os médicos se esforçam em adotar uma atitude de amor com seus clientes e outros profissionais;

12. A saúde é muito mais do que a ausência de doença. É a apropriação consciente das mais elevadas qualidades físicas, mentais, emocionais, espirituais e sociais da experiência humana. (AHMA apud SANTOS, 2002, p.160-161).

O mesmo autor traz o modelo holístico de atenção ao parto e nascimento definindo que gravidez e parto são eventos naturais e fisiológicos.

O modelo holístico inclui:

- Monitoramento do bem-estar físico, emocional e social da mulher durante todo o ciclo grávido-puerperal;
- Educação, aconselhamento, cuidado pré-natal, assistência contínua durante o parto e nascimento e apoio pós-parto;
- Minimizar intervenções baseadas em alta tecnologia;
- Identificar e referir as mulheres que necessitem de atenção especializada.

Dentro desse modelo holístico, o corpo humano é visto enquanto um organismo vivo, com sua sabedoria própria e natural, um campo energético em relação com todos os outros campos energéticos. O corpo feminino, entendido como normal nos seus próprios termos, não deve ser julgado ou comparado ao corpo masculino. Os processos fisiológicos femininos, incluindo o parto, são assumidos como saudáveis e seguros. Enquanto que sob o modelo tecnocrático de nascimento é comum a segurança do bebê requerer uma cesariana embora a mãe deseje o parto normal, sob o modelo holístico as necessidades da mãe e do bebê são complementares e não se contrapõem. (AHMA apud SANTOS, 2002, p.161-162).

O enfermeiro, nesse processo de cuidado, está em contínua aprendizagem, compartilhando e dialogando saberes e experiências com os indivíduos, a fim de atingir um cuidado de enfermagem satisfatório e benéfico, congruente com crenças, valores.

2.3 CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO INTEGRAL À MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR

A gravidez é entendida como um processo fisiológico e natural da mulher que vai além da dimensão biologicista, pois a envolve em sua multidimensionalidade, sendo influenciada por sua história pessoal, pelas condições sociais, econômicas, educativas, espirituais, culturais, pelos antecedentes gineco-obstétricos, pelo período histórico da gestação, pelo acesso à assistência pré-natal com qualidade, envolvendo e mobilizando o meio social/coletivo em que a mulher está inserida. (ZAMPIERI, 2005). Por

período pré-natal entende-se na atualidade, o período que vai da pré-concepção até o puerpério, sendo que a assistência pré-natal caracteriza-se pelo conjunto das ações direcionadas à mulher que vivencia esse processo, objetivando de forma geral, uma melhor condição de saúde, tanto para ela, quanto para o bebê. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2001, p. 105).

Zampieri (2006) relata que a maneira como é conduzida a gestação pode refletir na saúde da mulher e na saúde mental do recém-nascido, na formação da personalidade deste novo ser. Que as vivências e experiências da gestante juntamente com seus familiares e amigos durante o processo de nascimento possuem um sentido peculiar no seu processo de viver.

A atenção integral à saúde da mulher e a atenção pré-natal e puerperal devem ser organizadas de forma a atender às reais necessidades das mulheres mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada mulher num contexto de humanização da assistência. (BRASIL, 2006).

A atenção pré-natal propõe assegurar o bem-estar materno e fetal, beneficiar a compreensão e adaptação da mulher e dos familiares às novas vivências, instrumentalizá-los com relação aos cuidados no ciclo gravídico-puerperal, fortalecer suas potencialidades para decidir e agir frente à promoção da saúde. (ZAMPIERI, 2006).

A atenção obstétrica na rede SUS consiste na organização e regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém-nascido, estabelecendo ações que agreguem todos os níveis de atenção e garantam um atendimento apropriado à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal. (BRASIL, 2006).

Para isso, o Ministério da Saúde lançou duas das estratégias para reorganizar o

modelo assistencial à saúde, foram o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, e o Programa de Saúde da Família, concebido em 1994. Este último com o objetivo de incorporar ações programáticas de uma maneira abrangente e convergente a ações intersetoriais como educação, meio ambiente, saneamento, serviço social e outras, objetivando a promoção da qualidade de vida. (BRASIL, 2003, 2004).

O mesmo autor traz que o PSF entende que o trabalho em equipe, a dialogicidade, a troca de vivências dos profissionais da equipe, o saber popular do ACS e da população, entre outras atividades e atribuições de toda a equipe, são fundamentais para o bom funcionamento do Programa de Saúde da Família na unidade de saúde familiar. (BRASIL, 2003, 2004).

É necessário que a equipe de saúde (particularmente os enfermeiros) destaque, durante o processo de cuidar, a promoção da saúde durante a atenção integral à mulher que vivencia o processo de gestar.

Na Carta de Ottawa promoção de saúde esta como um processo de capacitação da comunidade onde a mesma participa agencia à melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos. (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Para Westphal e Almeida (2001), promoção da saúde é um processo pelo qual a população se capacita e busca os meios para conseguir controlar os fatores que favorecem seu bem-estar ou que podem pô-la em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida.

A promoção de saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes para ajudar a romper com a hegemonia do modelo biomédico, uma vez que intensifica as ações das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde, promovendo a autonomia dos usuários desses serviços e dos profissionais, para que possam compreender a saúde como resultante das condições de vida, propiciando um desenvolvimento social mais equitativo. (HEIDMANN et al., 2006).

Para tanto, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1986, 2006) a consulta pré-natal pode ser realizada pelo profissional médico ou enfermeiro e, segundo a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem - n°. 7.498 – Decreto n° 94.406/87 –, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo (a) enfermeiro(a).

As contribuições dos integrantes da equipe multiprofissional na atenção ao pré-natal e puerperal, no que concerne ao (à) enfermeiro(a), conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) são: - Realizar ações educativas direcionadas às mulheres e a seus familiares; realizar consulta de enfermagem pré-natal na gestação de baixo risco; solicitar exames de rotina baseados no protocolo do serviço; encaminhar gestantes identificadas de risco para o médico;

promover atividades com grupos de gestantes, entre outras atividades; realizar visita domiciliar; fazer coleta de exame citopatológico. (BRASIL, 2006).

Zampieri (2005) destaca que na gestação é necessário o acompanhamento periódico da mulher e de seus familiares, seja por meio das consultas, dos grupos, das visitas domiciliares, socializando conhecimentos, saberes, vivências, detectando riscos e contribuindo para que as mulheres e seus familiares conduzam a gestação de maneira efetiva, tranqüila e segura.

Concordo com a autora quando relata que durante a assistência pré-natal deve-se abordar o biológico. Contudo, envolver-se e comprometer-se com a clientela envolvem empatia, disponibilidade, respeito. É preciso principalmente incentivar as mulheres e seus afins a assumir o protagonismo do processo de gestar.

Uma escuta aberta, sem julgamentos, sem preconceitos, um diálogo franco, um ouvir autêntico, escutando também o não dito e a presença genuína e sensível dos profissionais são essenciais na condução do processo de gravidez. Os profissionais de saúde, que atuam em co-participação com as gestantes, procuram facilitar esta transição, buscando promover o desenvolvimento humano e a vida em sua plenitude. (ZAMPIERI, 2005, p.223-4).

Para isso, através da consulta de enfermagem pré-natal, o enfermeiro, por meio da dialogicidade, observação, sensibilidade, acolhimento, criatividade, conhecimento técnico-científico e ética, identifica as necessidades e anseios da gestante, presta a ela assistência sistematizada e integral, abordando aspectos fisiológicos, sociais, culturais, educacionais, espirituais, psicológicas e familiares nos diversos contextos em que a gestante está inserida. (GHISLERI, 2005).

Desde a década de 60 a consulta de enfermagem vem sendo incorporada gradativamente em instituições de saúde pública e que, dentro de um processo de prática da enfermagem, vem a concretizar um modelo assistencial ao qual deverá se adaptar de acordo com as necessidades de saúde da população assistida. (BRASIL, acesso em 10/10/2008).

Silva (1998) define a consulta de enfermagem como uma atividade privativa que proporciona ao enfermeiro condições de atuar direta e indiretamente com o cliente, caracterizando dessa forma sua autonomia profissional e auxiliando na determinação do diagnóstico de enfermagem e na elaboração do plano assistencial, servindo como meio de sistematizar a assistência de enfermagem.

Diversos autores como Zampieri (2005), Brasil (2003, 2006) e Ghisleri (2005)

relatam que a consulta de enfermagem pré-natal tem alguns objetivos, entre eles: compartilhar experiências, favorecendo que a mulher expresse seus medos, ansiedades, expectativas e conhecimento; realizar anamnese do exame físico geral, obstétrico e exames complementares, a fim de detectar e avaliar os prováveis fatores de risco; sugerir e problematizar medidas e ações de autocuidado em conjunto com a gestante e o acompanhante; orientar e compartilhar saberes com relação às modificações e adaptações do corpo materno frente às mudanças anatomo-fisiológicas, psico-emocionais e de papéis no núcleo familiar – antes filha e agora mãe.

Os mesmos autores destacam a importância de orientar quanto aos hábitos de vida (dieta, higiene, esporte, atividades físicas, vestuário, uso de drogas, atividade sexual), ao trabalho de parto, aos tipos de parto e puerpério, aos cuidados com o recém-nascido, à promoção do aleitamento materno e à participação ativa do acompanhante no processo de nascimento. Destacam também a importância de valorizar a mulher, adotando uma postura sensível e ética, respeitando-a como cidadã e garantindo o bem-estar materno e fetal.

Freitas, et al. (2006) consideram importante o enfermeiro estar inserido no meio social em que a gestante vive, utilizando-se da consulta de enfermagem domiciliar e/ou ambulatorial para buscar compreender melhor a sua realidade, o contexto familiar e dessa forma identificar e delimitar ações a serem seguidas durante o acompanhamento do pré-natal, prestando assistência não só à gestante, mas à família envolvida também no processo de gestar.

É necessário destacar que, nas consultas de enfermagem pré-natal, nas visitas domiciliares, nos grupos de gestante e na sala de espera, o acolhimento e o suporte educativo e emocional são fundamentais na promoção da saúde materno-fetal. (ZAMPIERI, 2005).

As visitas domiciliares podem ser uma estratégia para acompanhar a gestação, para reforçar o vínculo com a unidade de saúde e profissionais, captar gestantes não cadastradas no centro de saúde ou reconduzir as gestantes faltosas, acompanhar as gestantes que não possam participar da consulta, reforçar a troca de experiência e conhecimentos e reavaliar as ações propostas. (ZAMPIERI, 2005, p.358-359).

Rios e Vieira (2007) relatam que a ação educativa contribui para que as mulheres ampliem conhecimentos e valorizem suas vivências durante o processo de gestar. A ação educativa deve ser experienciada por todos os componentes da equipe de saúde e por qualquer atividade em que haja contato entre profissional e cliente. A principal contribuição na atividade educativa é a reflexão sobre saúde materna e a mudança, adotando práticas de cuidado saudáveis.

As ações educativas no ciclo gravídico-puerperal, período este cercado de emoções, sentimentos, mitos, aprendizados. Considero o pré-natal um período em que o enfermeiro, juntamente com a equipe de saúde, deve destacar as ações educativas durante o processo de cuidar. Para tanto, é preciso utilizar metodologias participativas, partir da dialogicidade, da criatividade e do acolhimento, assumir uma postura de facilitador, compartilhar experiências e saberes, incentivar a mulher a praticar o autocuidado durante o processo de gestar, ampliar conhecimentos acerca de gravidez, parto, puerpério e puericultura. Neste estudo entendo a consulta de enfermagem pré-natal ambulatorial e domiciliar como um espaço para a educação em saúde.

2.4 ESTUDOS NA ENFERMAGEM BRASILEIRA QUE UTILIZARAM A TEORIA DO AUTOCUIDADO COM MULHERES NO PROCESSO DE GESTAR

Ao optar pela Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem, busquei revisar estudos e pesquisas que a utilizaram como norteadora do processo de cuidar, além de pesquisar a atenção à saúde da mulher e da criança. Procurei também observar de que forma a prática assistencial e a pesquisa se beneficiam ao utilizar a abordagem do autocuidado.

“A mulher como foco central na prática do aleitamento materno: uma experiência assistencial fundamentada na Teoria do Autocuidado de Orem” é uma dissertação de autoria de Santos (1991) que relata sua vivência com mulheres que procuravam atendimento em uma maternidade de Florianópolis, instituição de referência do Estado de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu durante a internação e após a alta hospitalar, por meio de visitas domiciliares realizadas aos sujeitos da pesquisa. Essas visitas foram significativas para auxiliar na compreensão melhor do cotidiano das mulheres. A escolha da Teoria do Autocuidado se deu após muitas reflexões acerca da sua prática assistencial como enfermeira e como docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

A partir do modelo original proposto por Orem, a autora operacionalizou um modelo de processo de enfermagem que contemplou duas fases – fase intelectual e fase prática –, as quais, a partir daí, subdividiram-se em três etapas: 1ª - diagnóstico e prescrição; 2ª - projeção e planejamento de um sistema de enfermagem; e 3ª - provisão e controle da assistência de enfermagem. Ressalta a autora que a Teoria do Autocuidado foi extremamente útil não só como proposta assistencial, mas como um instrumento potencial para a conscientização das

mulheres acerca de suas necessidades de saúde.

Kirchner, Ramos e Oliveira (2003) desenvolveram uma prática assistencial durante a graduação com gestantes de baixo risco, utilizando a Teoria do Autocuidado, estudo este intitulado “O autocuidado no período gestacional”. Implementaram na assistência a consulta de enfermagem pré-natal, contemplando três fases: coleta de dados; plano de cuidados; e implementação e evolução de enfermagem. Também desenvolveram encontros coletivos e visitas domiciliares. Participaram do estudo 15 gestantes. As autoras utilizaram um instrumento próprio de coleta de dados para abordar os níveis de requisitos universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, havendo classificação dos diagnósticos conforme os níveis já referidos. Ressaltam as autoras que foram implementadas ações promotoras de autocuidado e elaborados objetivos e metas construídas junto às clientes, descrevendo o sistema de enfermagem a ser utilizado para a ação (totalmente compensatório, parcialmente compensatório e suporte educativo) – o sistema parcialmente compensatório e o suporte educativo foram os que se destacaram. Insegurança, inquietude e adaptação à Teoria do Autocuidado foram palavras expressadas pelas autoras ao iniciarem o estudo, contudo, ao operacionalizarem a proposta, aprofundaram seus conhecimentos e destacaram que o processo possibilitou um olhar amplo sobre o universo de gestar, proporcionando possibilidades para além do modelo biomédico.

Scherer (2006) realizou um estudo de cunho qualitativo do tipo convergente assistencial intitulado: “Compreendendo mulheres gestantes/puérperas com HIV/AIDS: contribuição para a superação dos déficits de Autocuidado”. Esse estudo teve como principais objetivos compreender e analisar os déficits de autocuidado de gestantes/puérperas com HIV/Aids, bem como identificar os fatores que influenciam no engajamento do autocuidado. Ele foi realizado com dez gestantes/puérperas com HIV, que freqüentavam um serviço de atendimento especializado em DST/Aids em um município do interior do Estado do Rio Grande do Sul. Foram realizados encontros individuais com as participantes, nos quais foi aplicado um instrumento previamente elaborado, baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, utilizando como base os requisitos de autocuidado: universais, desenvolvimentais e desvio de saúde. As categorias de análise foram assim determinadas: 1 - o perfil das participantes; 2 - os déficits de autocuidado; 3 - fatores que dificultam o engajamento do autocuidado; 4 - fatores que contribuem para o engajamento do autocuidado; 5 - as mudanças de atitudes; e 6 - perspectivas para o futuro. A autora destaca que, durante as entrevistas, foi possível promover, além dos objetivos de pesquisa propostos, um ambiente acolhedor e de interação entre enfermeira e cliente. No grupo, as participantes do estudo

tiveram a oportunidade de trocar experiências de vida, compartilhar seus medos, saberes, angústias e, a partir daí, buscar juntas, clientes e enfermeira, a competência necessária para o autocuidado. A autora destaca que as definições de Orem frente ao autocuidado foram importantes na construção do conhecimento; ressalta, quanto à teoria do autocuidado, que foi importante e de forma aplicável; identificou os déficits de autocuidado, obteve uma visão do que era necessário fazer no sentido de estimular e modificar condutas, traçar estratégias, como a idealização da atividade em grupo, para promover o autocuidado nessas gestantes/puérperas com HIV.

Enfim, as autoras dos estudos de um modo geral reconhecem que os pressupostos e conceitos da teoria do Autocuidado de Orem orientou os estudos de maneira que promovessem a valorização do ser humano, ampliando seus conhecimentos, oportunizando às mulheres o enfrentamento de suas dificuldades e decidindo sobre o autocuidado resultando na promoção da saúde.

CAPÍTULO 3

3 REFERENCIAL TEÓRICO

É um mundo de experiência com pessoas, de busca de informação, de julgar e de agir, e agir para alcançar os resultados previstos, que cumprem com os requisitos existentes ou projetados para as pessoas pela enfermagem. Isto também é a procura e a construção do conhecimento. (OREM, 1995, p.4).

Em busca de uma melhor compreensão, sustentação teórica para formulação do problema de pesquisa, interpretação, análise e discussão dos resultados, com enfoque na competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar, optei conforme já explicitiei anteriormente, pela Teoria Geral do Autocuidado de Dorothea Orem como referencial teórico, por se tratar de uma pesquisa convergente-assistencial. A referida teoria foi selecionada por apresentar uma matriz conceitual adequada e com grande potencial para fundamentar tanto a prática assistencial desenvolvida quanto a pesquisa desenvolvida. Por outro lado, constatei também que a Teoria Geral do Autocuidado se constitui em um modelo conceitual e operacional que vem sendo amplamente utilizado desde suas primeiras formulações em diversas situações e cenários da prática, envolvendo tanto a educação e a pesquisa como a assistência e a administração, fato que fortaleceu meu interesse em adotá-la. Esse modelo tem sido utilizado por enfermeiras de diferentes partes do mundo, o que traz importantes contribuições para as diversas áreas de atuação da enfermagem. (FAWCETT, 2005).

Assim, neste capítulo apresento a Teoria Geral do Autocuidado em grandes linhas, incluindo inicialmente uma síntese biográfica de sua idealizadora, o contexto de origem, as fontes teóricas, bem como algumas das principais idéias que deram origem a esse modelo. Na sequência, apresento o marco conceitual elaborado com base na referida teoria, adaptado à realidade do cenário de prática, precedido pelos pressupostos da teórica e pelos pessoais da autora deste projeto.

3.1 A TEORIA GERAL DO AUTOCUIDADO

3.1.1 Breve biografia da sua idealizadora, contexto de origem e fontes teóricas

A Teoria do Autocuidado foi pioneiramente desenvolvida pela enfermeira doutora Dorothea Elizabeth Orem, considerada uma das teóricas de enfermagem mais destacadas da América do Norte. De acordo com Foster e Janssens (1993), esta teórica nasceu em 1914, e, segundo informações obtidas extra-oficialmente, faleceu em junho de 2007 aos 94 anos de idade, dedicando inteiramente sua vida ao desenvolvimento da enfermagem. Iniciou sua carreira profissional na Escola de Enfermagem do Providence Hospital, em Washington, DC. Em 1930 graduou-se em enfermagem e, em 1939, concluiu o bacharelado em Ciências da Educação para a Enfermagem. Em 1945, obteve o grau de mestre em enfermagem na Catholic University of America, USA, também na área de docência. Posteriormente tornou-se diretora da Escola de Enfermagem e do Departamento de Enfermagem do Province de Detroit.

Além dessas atividades, ocupou vários cargos públicos e participou de inúmeros projetos de treinamento e desenvolvimento de currículo de enfermagem. Durante esses anos de trabalho, sua meta principal foi melhorar a qualidade da enfermagem nos hospitais gerais de todo Estado. (FAWCETT, 2005).

Em 1956 Dorothea Orem formulou uma definição de enfermagem, no relatório *Hospital Nursing Service: an analysis*. Suas primeiras idéias, que versavam sobre a prática de enfermagem *versus* autocuidado, foram publicadas de maneira ainda bastante preliminar em 1959, em Washington, na obra intitulada: *Guides for Developing Curricula for the Education of Practical Nurses*. Orem continuou seus trabalhos com membros integrantes do *Nursing Model Committee of the The Catholic University of America Nursing Faculty* em 1960. O relatório final do referido comitê foi apresentado na *School of Nursing* em maio de 1968. Orem dá continuidade ao desenvolvimento do seu Modelo de Autocuidado com um grupo de colegas que formaram o *Nursing Development Conference Group* em setembro de 1968. Em 1971, Orem publicou a primeira edição daquela que seria a mais importante de suas obras, em que formulou os elementos conceituais e operacionais de seu modelo geral de enfermagem propondo três teorias articuladas: a Teoria dos Déficits de Autocuidado, a Teoria do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Essa obra, intitulada de *Nursing*:

concepts of practice, desde sua primeira publicação foi submetida a cinco revisões, publicadas nos anos de 1980, 1985, 1991, 1995 e 2001. Em cada nova edição, como resultado do processo contínuo de refinamento da teoria, são acrescentados novos conhecimentos acerca dos elementos conceituais, em razão de novas descobertas e novos *insights*. A sexta e última edição, publicada em 2001, dá continuidade ao desenvolvimento e organização das características essenciais da enfermagem considerada tanto como campo de conhecimento teórico como campo de prática. (FAWCETT, 2005). Para Taylor e Geden (2001), *o Nursing: concepts of practice* constitui-se em uma importante referência para estudantes da graduação e pós-graduação.

Em relação às fontes teóricas que serviram de inspiração para o desenvolvimento de sua teoria, de acordo com Tomey e Alligood (1999), Orem não explicita com clareza. Neste particular, essas autoras ressaltam que Orem deixa claro que seu trabalho não reflete a influência de nenhuma enfermeira importante em particular. Considera que este é fruto do contato e relacionamento com um grande número de colegas e estudantes universitários, que lhe proporcionaram ricas e instrutivas experiências.

Apesar de não aceitar nenhuma fonte como influência direta em sua obra, reconhece e menciona inúmeras autoras que têm contribuído para a construção das bases teóricas da enfermagem. Segundo Tomey e Alligood (1999, p. 176), Orem “classificou seu enfoque filosófico como de “moderado realismo” e os conceitos de ciência especulativa e prática são também fundamentais em sua obra”.

3.1.2 Principais idéias e conceitos da Teoria Geral do Autocuidado

Orem (1985) considera a Teoria Geral do Autocuidado formada por três construtos teóricos: Teoria do Autocuidado, Teoria do Déficit de Autocuidado e Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

Teoria de Autocuidado: é um processo aprendido, uma prática executada voluntariamente pelo indivíduo, desenvolvida por ele mesmo, guiada por princípios que dão direção e ação. (OREM, 2001).

Para reconhecer o autocuidado, Orem (2001) destaca três requisitos ou exigências de autocuidado: requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde (anexo 1). Os requisitos de autocuidado universais estão associados aos processos de vida e à

manutenção da integridade da estrutura e funcionamento humanos. Os requisitos de autocuidado desenvolvimentais são as expressões especializadas de requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento; por exemplo, a gestação, a amamentação, entre outros. Os requisitos de autocuidado de desvio de saúde são exigidos em condições de doença, ferimento ou moléstia.

Teoria do Déficit de Autocuidado: descreve a necessidade da intervenção de enfermagem. A enfermagem atua quando as pessoas não possuem competências e/ou apresentam capacidades limitadas de executar ações de autocuidado, de maneira contínua e eficaz, e também quando elas precisam incorporar novas maneiras de obter seu autocuidado. (FOSTER; JANSSENS, 1993).

Ao reconhecer os déficits de competências de autocuidado, a(o) enfermeira(o) intervém utilizando a Teoria dos Sistemas de Enfermagem, comentada a seguir.

Teoria dos Sistemas de Enfermagem: baseia-se nas necessidades e capacidades dos pacientes para a execução de autocuidado, o que determinará ou não a intervenção de profissionais de enfermagem. (LEOPARDI; WOSNY; MARTINS, 1999, p.75)

Orem (1985, p.152-159) estabelece três tipos de sistemas de enfermagem relacionados com a dinâmica do autocuidado. Esses sistemas, descritos a seguir, estabelecem como determinar os déficits dos indivíduos frente ao atendimento da demanda terapêutica do autocuidado.

1. Sistema de compensação total - quando o indivíduo apresenta total incapacidade para executar ações de autocuidado.
2. Sistema de compensação parcial – quando o indivíduo apresenta algumas dificuldades para atingir suas necessidades de autocuidado.
3. Sistema de suporte educativo – quando o cliente necessita da assistência de enfermagem para auxiliá-lo a adquirir habilidades, poder decisório e conduta de controle das necessidades de autocuidado.

Ao elencar os sistemas de assistência de enfermagem relacionados ao autocuidado, a(o) enfermeira(o) poderá intervir por meio de ações deliberadas e sistemáticas junto ao indivíduo, de forma a motivar suas potencialidades para a prática do autocuidado, empregar métodos de ajuda apropriados, planejar a assistência de enfermagem e sistematizar sua prática utilizando o processo de enfermagem (diagnóstico e prescrição, planejamento, implementação e avaliação). (OREM, 1985).

3.2 MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual a seguir apresentado procura adaptar o modelo teórico de Orem à realidade concreta da prática assistencial desenvolvida, buscando efetivar o cuidado e servir de guia para a presente pesquisa.

Neste estudo, marco conceitual é compreendido como uma matriz de conceitos logicamente organizados e inter-relacionados, que serve para direcionar tanto a prática assistencial quanto o processo de investigação. (NEWMAN, 1979).

De acordo com Trentini e Paim (2004), conceitos são entendidos como representações mentais sobre determinada realidade, ou seja, são abstratos, embora a realidade seja concreta.

Apresento a seguir os pressupostos que nortearão os conceitos, definidos por Trentini e Paim (2004) como crenças, valores ou “coisas” em que se acredita, não necessariamente testáveis ou comprovados cientificamente. Assim, o marco conceitual construído neste estudo incorpora pressupostos básicos e conceitos desenvolvidos por Dorothea Orem, os quais são, acredito, ajustáveis à situação da mulher que vivencia o processo de gestar. Em seguida apresento os meus pressupostos.

3.2.1 Pressupostos da Teoria de Orem

O autocuidado é uma necessidade universal dos seres humanos.

Autocuidado como conduta reflete a essência do conceito: é comportamento, existe nas situações reais. (OREM, 2001, p.119). É entendido como atividade aprendida através de comunicações e relações interpessoais. (OREM, 2001, p.45).

Pessoas adultas são vistas como tais por terem o direito e a responsabilidade de cuidar de si mesmas para manter sua própria vida e saúde, e por serem responsáveis por pessoas socialmente dependentes. (OREM, 2001, p.45). Requerem assistência das pessoas do serviço social ou do serviço de saúde sempre que são incapazes de obter recursos necessários e de manter condições para a preservação da vida e a promoção da sua saúde ou da de seus dependentes. Assistência pode ser necessária para a realização ou supervisão do autocuidado ou dos dependentes. (OREM, 2001, p.45).

Autocuidado “inclui ações deliberadas e sistemáticas desempenhadas para tornar conhecidas as necessidades de cuidado”. (OREM, 1985, p.108).

As atividades de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence. (OREM, 1985, p.108).

A enfermagem é um serviço de ajuda deliberado e desempenhado pelos enfermeiros para outras pessoas por um período de tempo. (OREM, 1985, p.38).

As pessoas são capazes de desempenhar autocuidado para si e para membros da família – e desejam fazê-lo. (OREM, 2001, p.46).

Educação e cultura influenciam os indivíduos em suas ações de cuidado. (OREM, 2001, p.46).

Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimentos sobre saúde, valores, atividades, crenças e comportamentos influem na saúde do indivíduo. (OREM, 1985, p.109).

Autocuidado exige adquirir conhecimentos específicos e motivação, e implica fazer observações e ter decisões. (OREM, 2001, p.46).

3.2.2 Pressupostos pessoais

As mulheres que vivenciam o processo de gestar são capazes de realizar ações para o autocuidado e têm a necessidade de fazê-lo.

O autocuidado é fundamental durante o ciclo gravídico-puerperal, pois contribui para um processo de nascimento saudável e para que as mulheres possam assumir o protagonismo da gestação.

O estilo de vida da mulher que vivencia o processo de gestar está intimamente ligado aos seus conhecimentos adquiridos e apreendidos. Crenças, valores, hábitos de vida, motivação, estilo cultural e familiar juntos influenciam diretamente a prática do autocuidado.

A enfermagem tem um papel importante durante o processo de gestar vivenciado pela mulher e família, pois ajuda a fazer com que os sujeitos potencializem suas atitudes/ações e competências/habilidades para o autocuidado.

É fundamental que o enfermeiro respeite as diferenças culturais, suas e dos outros, e reconheça que os indivíduos possuem comportamentos diferentes.

É valioso que, durante a promoção do cuidado direcionado à mulher, à família e à comunidade, o enfermeiro saiba compreender os limites de atuação da enfermagem.

As decisões e ações das mulheres que vivenciam o processo de gestar são influenciadas por sua história de vida, pela situação de saúde e por elementos físicos, sociais, culturais, emocionais/afetivos, políticos e cognitivos.

A consolidação da prática do autocuidado na mulher durante o processo de gestar é influenciada pela condição econômica, social e cultural em que está inserida.

3.2.3 Conceitos inter-relacionados

Ser humano

Na concepção de Orem (1971, p.14), o ser humano é “uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente” e seu funcionamento “está intimamente ligado ao seu ambiente, formando juntos um todo integral ou sistema”.

Seres humanos se distinguem de outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre eles mesmos e sobre seu meio ambiente, de simbolizar o que eles experienciam, de representar criações (idéias, palavras) em pensamentos, em comunicação, e de fazer coisas benéficas para si mesmos ou para outrem. (OREM, 2001).

Neste estudo, o ser humano que está sendo focalizado é a mulher que vivencia a gravidez como um período significativo de sua vida, que compartilha e interage com a sociedade, o meio ambiente e a sua família o processo de gestar. É um ser biológico, sociocultural e simbólico que possui autonomia e responsabilidade de gerar e parir seu filho desempenhando ações que promovam o autocuidado, baseado na sua história de vida, que precisa ser respeitada. Distingue-se de outros animais pela sua capacidade de reflexão, expressividade, criatividade e por, através da consciência e da razão, manter íntima relação com o meio ambiente, formando juntos um todo integrado. Possui também uma inata necessidade de desenvolver ações de autocuidado para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Dada a sua condição de gestante, constitui-se em um elemento ativo e responsável no cuidado com o ser que está sendo gestado em seu ventre.

Ressalto ainda que cada mulher, enquanto ser humano, constitui-se em um sistema único e traz consigo crenças, valores, medos, angústias, aspectos culturais e sociais, além de sua simbologia e seus sonhos frente ao processo de gestar, que influenciam direta e

indiretamente o desempenho de ações de autocuidado.

Meio ambiente

No modelo teórico formulado por Orem, o meio ambiente, como um conceito isolado, é considerado como relativamente insignificante. Isso porque ambiente é tido como um subconceito de ser humano, já que, para Orem, o ser humano e o meio ambiente nunca estão isolados, formam um sistema integrado, que se relaciona com o autocuidado. O meio ambiente e o ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas ambientais e pelo impacto que um exerce sobre o outro. Segundo Orem as alterações ou influências em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente) podem alterar o funcionamento do indivíduo no desempenho das atividades de autocuidado. (OREM, 2001).

A referida teórica entende que o ser humano está intimamente ligado com o meio ambiente e que estes, juntos, formam um sistema integrado e relacionado com autocuidado, caracterizado por trocas humanas ambientais. Qualquer influência nesse sistema pode influir positivamente ou negativamente na saúde e no bem-estar de indivíduos, famílias, comunidades, interferindo nas práticas de autocuidado.

O meio ambiente, segundo Orem, é controlado pelo ser humano através da utilização de tecnologias, a fim de satisfazer suas necessidades. Cabe ao ser humano, portanto, escolher o curso que ele julgar benéfico para o seu próprio funcionamento e promover a integração com o meio ambiente. (SANTOS, 1991).

Neste estudo, o meio ambiente e a mulher que vivencia a gestação estão intimamente ligados, formando juntos um sistema integrado e recíproco em relação ao autocuidado. Nessa situação o meio ambiente inclui o meio físico e geográfico onde a mulher está inserida, bem como todos os fatores externos (socioculturais, políticos, econômicos, religiosos, entre outros) que exercem influência e que são influenciados por ela. Assim, neste estudo o meio ambiente físico e geográfico da mulher que vivencia a gestação inclui as dependências físicas das unidades locais de saúde e o local onde ela reside. Esse meio ambiente está inserido num contexto socioeconômico, político e cultural que vai influenciar a mulher que vivencia a gestação nas suas decisões e ações de autocuidado.

Sociedade/Comunidade,

Orem (1971) define sociedade/comunidade como um grupo de pessoas que convivem e se relacionam numa determinada área, cidade ou distrito sob as mesmas leis. Esse

grupo se compõe de indivíduos e famílias que compartilham áreas e ambientes usuais.

Salienta a teórica que as comunidades possuem características diferentes, entre elas: localização geográfica e climática, desenvolvimento industrial, oportunidades de emprego, ocupação, costumes e formas de comportamento.

A saúde de uma sociedade ou de uma comunidade específica variam de acordo com o modo de vida das pessoas, os seus estados de saúde e bem estar são afetados positivamente e negativamente pela estabilidade ou mudança física, biológica, pelas condições ambientais, pela disponibilidade de vida sustentável dos recursos de água, comida, abrigo, roupa, pelo social, cultural, político e de condições de mudança. (OREM, 2001, p. 212).

Durante o processo de gestar a mulher vivencia muitas transformações, entre elas as modificações anatomo-fisiológicas, emocionais, psicológicas, sociais e econômicas. As crenças, valores, tradições culturais, representações sociais que caracterizam uma sociedade/comunidade influenciam diretamente na promoção e manutenção do autocuidado.

Saúde-Doença

Orem compartilha com a definição de saúde da Organização Mundial de Saúde, como o estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade. Também relata que o indivíduo interage com os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais da saúde, os quais são inseparáveis dele. (OREM, 2001, p.184).

Entendo que o ser humano vivencia um único processo de viver e morrer, e que esse fenômeno é permeado por desequilíbrios de seu processo saúde-doença. No período gravídico-puerperal a mulher vivencia um momento significativo de sua vida, contudo alguns momentos podem apresentar limitações, não satisfazendo ou satisfazendo insuficientemente os requisitos de autocuidado. Nesse período é possível reconhecer a demanda terapêutica de autocuidado, e o enfermeiro, em comum acordo com a mulher, auxilia através de um sistema de enfermagem que se ajuste à situação apresentada.

Saúde deve incluir aspectos de vida psicológicos, interpessoais e sociais, tanto quanto o aspecto físico comumente enfatizado. Os profissionais de saúde estão começando a reconhecer que, idealmente, a saúde é a responsabilidade de uma sociedade e de seus membros individuais, e não de um segmento da sociedade. (OREM 2001).

Orem comenta também, na mesma obra já citada, que as diversas formas de doença, sejam catástrofes, escassez de recursos ou mesmo desacertos, trazem ao ser humano

crescimento e compreensão dele mesmo e dos outros.

Enfermagem

É um serviço no qual o enfermeiro desempenha uma prática de enfermagem fundamentada em preceitos técnico-científicos, humanos e éticos inerentes ao processo de cuidar, considerando que o indivíduo que recebe o cuidado possui potencial para apreensão de ações do autocuidado. Para Orem (2001, p.20) a enfermagem é:

um serviço, arte e tecnologia que auxilia os seres humanos, homens, mulheres e crianças a desempenharem ações deliberadas pelo enfermeiro, fornecendo um cuidado, ajudando a se tornar capaz na prática do autocuidado. A enfermagem tem como preocupação especial a necessidade do homem praticar o autocuidado para manter a saúde e o bem-estar.

Como serviço, auxilia os seres humanos no exercício de ações deliberadas e desempenhadas pelo enfermeiro, mantendo e mudando sua própria competência ou o ambiente. Como arte é a habilidade de assistir pessoas na gerência do autocuidado, implica na qualidade do enfermeiro em investigar, analisar e sintetizar as possíveis variáveis e fatores condicionantes nas situações de enfermagem, utilizando uma sistematização na assistência de enfermagem. E como tecnologia, refere-se ao conjunto de informações sistematizadas para a obtenção de resultados desejados. A enfermagem trabalha em busca da saúde e do bem-estar, e para que se obtenha a apreensão do seu autocuidado é necessário compreender que alguns fatores – como idade, questões culturais e estado biológico, psicológico, sociocultural, emocional e cognitivo – podem interferir na aprendizagem de atividades direcionadas ao seu próprio benefício.

Autocuidado (*self-care*)

Para Orem (2001, p. 43) autocuidado (*self-care*) é “a prática de atividades que indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem-estar”. Segundo essa teórica, os adultos cuidam voluntariamente de si mesmos. Já os infantes, as crianças, os idosos, os doentes e os incapacitados exigem cuidados e/ou assistência integral nas atividades de autocuidado. O autocuidado consiste em uma ação propositada, que possui padrão e seqüência e que, quando é efetivamente desempenhada, contribui de maneira específica para a integridade da estrutura humana, para seu funcionamento e desenvolvimento.

Para a mulher que vivencia o processo de gestar, o autocuidado refere-se à prática de

atividades que ela, de forma deliberada, responsável e eficaz, inicia e executa por si mesma para, além de manter a vida, preservar a espécie, a saúde e o bem-estar, promover e manter a gestação saudável.

A gestação, fenômeno natural que ocorre em determinado período do ciclo biológico-vital da mulher, inclui requisitos de autocuidado universais e desenvolvimentais, podendo, na presença de alterações da estrutura ou do funcionamento, requerer ações de autocuidado de desvios de saúde.

Competência do indivíduo para o autocuidado (*self-care agency*)

Consiste na “habilidade complexa adquirida por uma pessoa, para satisfazer suas necessidades continuadas de cuidado, com vistas a regular os processos vitais, manter ou promover a integridade da estrutura, o funcionamento e o desenvolvimento humano, e promover o bem-estar. (OREM, 2001: 43). É “o poder, a capacidade de um indivíduo de se engajar em ações para o autocuidado” (OREM, 1985 p.105). Implica a pessoa assumir o seu potencial, comprometer-se consigo mesma, com intuito de desempenhar ações de autocuidado para si e por si. De acordo com Orem (2001, p. 245), “seu desenvolvimento pode ser estimulado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e pela experiência adquirida na execução de medidas de autocuidado”.

A competência para o autocuidado varia de acordo com fatores externos e internos. Orem (2001, p. 245) identificou 10 fatores que podem interferir na capacidade de um indivíduo de se engajar em ações de autocuidado: idade, sexo, estado desenvolvimental, estado de saúde, orientação sociocultural, fatores relacionados ao sistema de cuidado em saúde e ao sistema familiar, fatores ambientais, padrões de vida, incluindo atividades regulares, disponibilidade e adequação.

Neste estudo, a competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar consiste na capacidade ou habilidade complexa adquirida para satisfazer as suas necessidades continuadas de autocuidado de forma a regular seus processos de vida, manter ou promover suas estruturas, seu funcionamento e seu desenvolvimento como ser humano, além de promover seu bem-estar. No processo de gestar, essa habilidade está relacionada com o estágio de desenvolvimento físico, podendo variar de acordo com a idade, o nível de escolaridade, o estado de saúde, os valores culturais, sua motivação em gestar, seu padrão individual para responder a estímulos internos e externos, bem como a utilização de recursos no seu cotidiano. Essa habilidade contempla ainda os componentes necessários para a educação deliberada, que são o conhecimento, a compreensão, a tomada de decisão e a

habilidade para agir nas situações relacionadas ao seu processo de gestar. Desse modo, a competência associa-se ao empenho, ou mesmo à aptidão que essas mulheres possuem ou estão desenvolvendo no envolvimento efetivo nas atividades do autocuidado, tornando-se agentes do mesmo.

Competência da(o) enfermeira(o) para agenciar o autocuidado - (*nursing agency*)

Atribui à enfermagem o poder de agenciar e desempenhar ações de autocuidado – para, pelo e com o indivíduo – que contribuam para a vida, saúde e bem-estar dos pacientes.

A enfermagem possui três áreas operacionais: social, interpessoal e profissional-tecnológica. (OREM 1995, 2001). É necessário que durante o processo de cuidar – que abrange desde o diagnóstico, a prescrição de enfermagem e o planejamento das ações de autocuidado até a provisão e o controle da assistência e da avaliação – a(o) enfermeira(o) traga consigo atitudes e habilidades como: motivação sustentável, disposição de prover cuidados, resistência e estabilidade para implementar um plano de cuidados de enfermagem, ajustando-o de acordo com as situações diversas do cotidiano do indivíduo.

Orem (1995, 2001) salienta a importância de algumas características apropriadas para as áreas operacionais já citadas. Na área social, são estas: compreender as diversidades culturais entre os indivíduos; respeitar as diferenças; aceitar e respeitar os outros e a si mesma(o) como indivíduos adultos, reconhecendo que cada um possui atitudes comportamentais diversas; ser gentil; ser responsável em prover cuidados de enfermagem, de acordo com as necessidades apresentadas; perceber os limites de ação da enfermagem; estar ciente da necessidade de haver um relacionamento profissional com o cliente; mostrar ser competente ao operacionalizar as ações de enfermagem.

As características desejáveis na área interpessoal são: ter informações sobre a grandeza psicossocial das relações interpessoais; ter conhecimentos de fatores que tornam fácil ou impedem o relacionamento interpessoal; ter interesse em reconhecer problemas humanos que porventura possam interferir no relacionamento e desencadear desequilíbrios emocionais (dores); possuir habilidades ajustáveis, que se adéquem a crianças, adultos e doentes, de acordo com a situação econômica ou intelectual; reconhecer as pessoas que estão sob cuidados de enfermagem e interagir com elas conforme seus papéis no autocuidado e no cuidado dependente. (OREM, 1995, 2001).

Orem (1995, 2001) referencia que, nas características tecnológicas, a(o) enfermeira(o) deve: apropriar-se de técnicas de enfermagem válidas e confiáveis para diagnosticar, prescrever e implementar cuidados; tornar-se especialista em tecnologia para a

prática de enfermagem, a fim de produzir sistemas de cuidado para as inúmeras situações; apresentar habilidade em integrar métodos de ajuda com tecnologias operacionais para produzir e instrumentalizar sistemas de enfermagem efetivos para os indivíduos; estar confiante; ser alerta; buscar vivências práticas de enfermagem e supervisão; realizar treinamento e educação para aprofundar seus conhecimentos dentro da competência da enfermagem; ter inteligência investigativa.

Na gestação, é importante que a enfermagem reconheça as crenças e atitudes das mulheres, valorize suas queixas, estimule-as a decidir sobre seu autocuidado e sua vida, oriente tecnologias não-farmacológicas para o alívio da dor e tenha cuidados para minimizar os desconfortos oriundos das modificações gravídicas.

Demanda terapêutica para o autocuidado (*therapeutic self-care demand*)

Para Orem (2001), demanda terapêutica de autocuidado é a necessidade de cuidado profissional em determinado período para satisfazer os requisitos de autocuidado. A demanda terapêutica deve ser elaborada através de situações práticas, utilizando-se um processo de investigação e avaliação para elencar a tecnologia requerida com uma seqüência de ações adequadas, ajustando-as ao tempo necessário e às condições do indivíduo.

A demanda terapêutica do autocuidado constitui na prescrição de ações contínuas de autocuidado, através das quais os requisitos de autocuidado identificados podem ser satisfeitos dentro de certo grau de efetividade. (OREM, 1980, p. 39-40; 1985, p.89).

A demanda terapêutica do autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar constitui a totalidade de ações a serem realizadas durante o período gravídico-puerperal de modo a satisfazer seus requisitos de autocuidado. Tais ações podem estar voltadas para a promoção da saúde da mulher e da criança, para que se discutam o papel da mulher frente ao processo de nascimento/protagonismo e a prevenção de possíveis intercorrências materno-fetais, para que se estimule a realização do pré-natal com a equipe de saúde e para que se complete o esquema vacinal, entre outras ações recomendadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde. Tais ações devem ser desempenhadas durante o período gravídico-puerperal com o propósito de satisfazer os requisitos universais (oxigenação, hidratação, alimentação), os requisitos desenvolvimentais (relacionados ao processo de gestar da mulher) e os requisitos de autocuidado referentes aos desvios de saúde (quando na presença de fatores de risco, condições de doença ou alterações estruturais e funcionais).

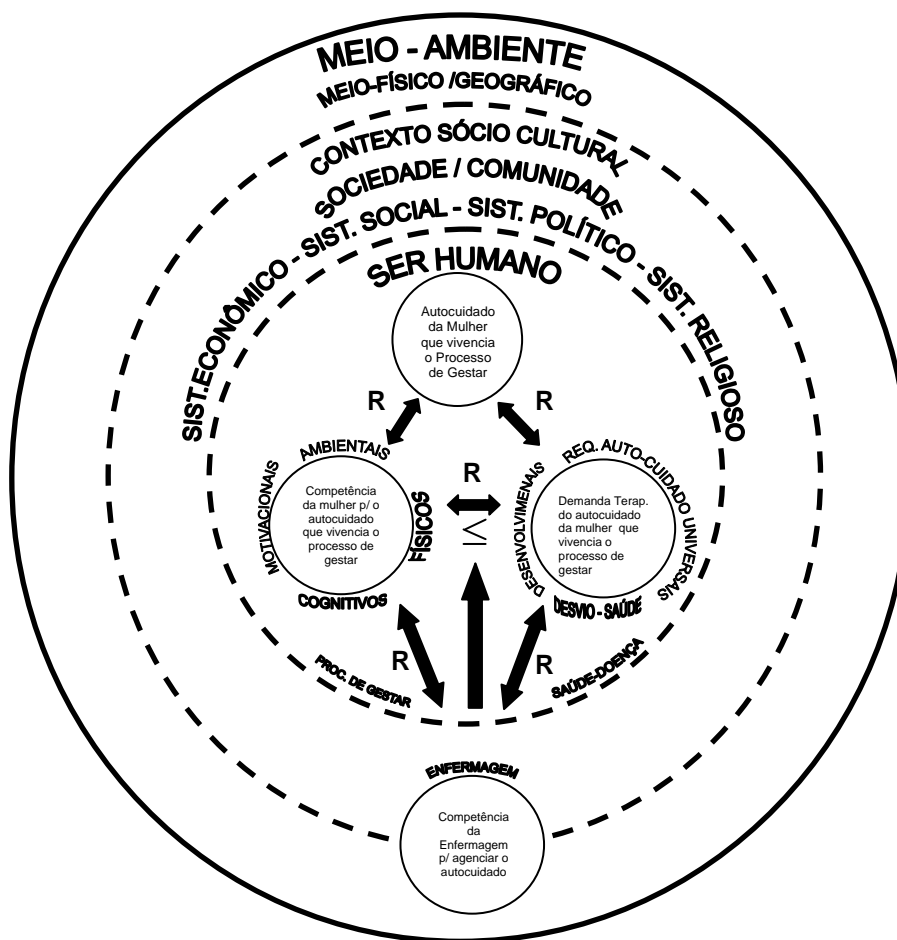
Processo de cuidar

Neste estudo, o processo de cuidar é compreendido como prática assistencial que requer conhecimentos, habilidades e atitudes do enfermeiro e do cliente. Prática alicerçada no cuidar de maneira humanizada e dialógica, visando a identificação de déficits de competência para o autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado na qual quem se destaca como sujeito é o ser humano. Revelam-se, durante o processo de cuidar, a interação pessoal, a relação de ajuda dos envolvidos, o processo de socialização de experiências e conhecimentos, o respeito às diversidades e às necessidades psicossociais, a fim de fortalecer as potencialidades do ser humano, de executar ações em seu próprio benefício e de contribuir para a promoção da saúde e do bem-estar da mulher que vivencia o processo de gestar.

Processo de gestar

O processo de gestar vai além do período em que começa a fertilização do óvulo e termina no início do trabalho de parto. Vai além das alterações anatômicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas da mulher, compreende a inter-relação de todas as emoções, sensações, relações, acontecimentos vivenciados no contexto em que ela está inserida, sejam no contexto ambiental, social, financeiro ou familiar. Momento este em que o enfermeiro, através do cuidado, está em contínuo processo de compartilhar e dialogar saberes e experiências com os indivíduos, a fim de atingir um cuidado de enfermagem satisfatório e benéfico, congruente com crenças, valores e com o objetivo de estimular o protagonismo da mulher no processo de nascimento.

Apresento a seguir, através de uma representação esquemática, a aproximação dos elementos conceituais da Teoria do Autocuidado de Orem (1985) adaptados e interligados à situação da mulher que vivencia o processo de gestar (Fig.1). Esta figura foi adaptada do modelo proposto por Santos (1991, p.122).



R = relação, \leq menor eficiência de relação existente ou prevista entre demanda terapêutica do autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar e a competência da mulher para o autocuidado no processo de gestar, adaptado do modelo proposto por Santos (1991, p.122).

Figura 1: Aproximação dos elementos conceituais de Orem (1985) adaptados à prática do autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar e do modelo proposto por Santos, (1991, p. 122).

Acredito que além dos elementos apresentados por Santos (1991) sustentada por Orem, o enfermeiro na assistência pré-natal deve apresentar alguns comportamentos e habilidades que auxilie a mulher no agenciamento do autocuidado, como o de se comprometer em proporcionar as mulheres um acolhimento, permitindo uma interação substanciada no respeito, na empatia e na democracia.

CAPÍTULO 4

4 REFERENCIAL E TRAJETÓRIA METODOLÓGICA DO ESTUDO

A ponte entre o que se diz e o que se faz surge com a sua disposição, como enfermeiros (as) ou como leitores em tornarem-se envolvidos com esse desenho de pesquisa em suas respectivas áreas de atuação profissional. (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 113).

Neste capítulo descrevo o referencial e a trajetória metodológica que percorri para o desenvolvimento do presente estudo. Apresento os aspectos metodológicos considerados relevantes para o desenvolvimento do mesmo, os quais, em conjunto com o referencial teórico adotado, nortearam esta pesquisa.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, tipo Convergente-Assistencial (PCA), conforme proposta por Trentini e Paim (2004). Essas autoras destacam que esta modalidade de pesquisa mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social da pesquisa, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas que emergem dos cenários da prática assistencial cotidiana, bem como realiza mudanças e introduz inovações na situação social. Portanto, esse tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado. Desse modo, esse delineamento auxilia sobremaneira os enfermeiros, por desenvolverem a pesquisa enquanto prestam cuidado.

A PCA tem características próprias, e sua marca consiste na convergência à prática assistencial juntamente com o trabalho de investigação. Assim sendo, as diferentes etapas da pesquisa coincidem com o processo de enfermagem desenvolvido na prática assistencial. Recomenda e valoriza a reflexão sobre a prática assistencial a partir dos fenômenos investigados, para que o profissional de enfermagem aprenda a pensar o fazer. (TRENTINI; PAIM, 2004).

Considero importante destacar os princípios da PCA, material didático fornecido pelas autoras durante o mini-curso no Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem-SENPE-2007.

* **Conectividade** exigência de envolvimento do pesquisador com a assistência (pensar e fazer).

* **Dialogicidade** compreensão da existência de duas lógicas (a da assistência e a da pesquisa) e respeito à unidualidade, isto é, às relações das duas instâncias em torno de um fenômeno, sem descaracterizar a unidade de cada uma delas.

* **Essencialidade** justaposição da prática assistencial com a pesquisa.

***Expansibilidade** ampliação ou alargamento das questões tipificadas em problemas de pesquisa gerados no cenário da prática assistencial – indo desde o caráter de questões diretas do cuidar em si até as mais indiretas, de gestão do cuidado e da assistência ou de educação em saúde.

***Interfacialidade** produção de mudanças na prática assistencial em face de questões investigativas e vice-versa.

***Imersibilidade** o pesquisador inserir-se como parte da assistência visando à produção de mudanças compartilhadas.

***Simultaneidade** pesquisa e assistência guardam suas configurações de instâncias próprias, porém tomam um único fenômeno da assistência como problema de pesquisa de interesse coincidente, gerado durante a imersão do pesquisador no processo de assistir. (TRENTINI; PAIM, 2007).

4.2 O LOCAL E O CONTEXTO DO ESTUDO

A PCA foi desenvolvida na Unidade de Saúde da Família (USF) do Bairro Centenário, que abrange quatro bairros do município de Lages-SC: Santo Antônio, São Luiz, Centenário e Morro Grande.

Vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, a USF possui duas equipes de Saúde da Família atendendo uma população de aproximadamente 8.400 habitantes, conforme dados coletados no Sistema de Informações de Atenção Básica de Saúde (SIAB). Essa Unidade de Saúde Familiar é constituída por um consultório de enfermagem e coleta de material para o exame Papanicolau, dois consultórios médicos, um consultório odontológico, uma sala de

imunização, uma sala de procedimentos de enfermagem, uma copa, três banheiros, uma sala de triagem/agendamento, marcação de consultas e farmácia, uma sala de espera e uma pequena sala de digitação de dados para o SIAB. Anexa à estrutura da unidade de saúde da família estão a Creche Sorriso e o Centro de Referência em Assistência Social II (CRAS). O centro oferece cursos profissionalizantes para geração de renda das famílias (manicure, crochê, tricô, pintura) e também aulas de capoeira para meninos e meninas da comunidade. É importante ressaltar que toda essa estrutura física local foi cedida pelo governo estadual.

Dos quatro bairros anteriormente citados, o que apresenta a realidade social mais precária é o bairro Morro Grande. Este constitui-se de famílias numerosas, residências com poucos cômodos, sem saneamento básico, cujos habitantes sobrevivem da coleta de lixo reciclável.

Em razão disso, é possível perceber em muitas residências acúmulo de lixo (não apenas reciclável), que causa o aparecimento de doenças. Infelizmente, outros problemas graves, como a violência e o tráfico de drogas, estão presentes. A polícia local costumeiramente está presente nesse espaço, para atender às chamadas e também desenvolver um projeto nas escolas, no ensino infantil e no fundamental, para orientar sobre a prevenção de uso de drogas. A Prefeitura Municipal de Lages, juntamente com a rede empresarial do município, já realizou alguns projetos na localidade, sendo o mais conhecido o projeto de construção de banheiros para a população. Vale destacar que as Unidades de Saúde Familiar foram implantadas em Lages no ano de 2000 e atualmente possuem 38 equipes de saúde da família e 24 equipes de saúde bucal. Atuam nesse modelo de atenção voltado para a promoção de saúde do ser humano e da comunidade 441 profissionais de saúde, seja atendendo uma demanda espontânea de forma sintetizada, contínua e racionalizada, ou pelo desenvolvimento de ações programadas, formando vínculos entre a comunidade e o serviço. São priorizadas visitas domiciliares, internações domiciliares, além do acompanhamento à mulher no processo de gestar. Essas atividades são executadas e acompanhadas com o respaldo e participação da equipe de saúde da família.

A escolha do local para este estudo se deu por apresentar-se, nesse contexto, um número expressivo de gestantes cadastradas durante o mês de abril de 2008 – 66 mulheres, segundo dados registrados no SIAB. (2008). Além disso, foram também considerados a boa receptividade da comunidade, das famílias e das equipes de saúde, uma vez que se constituía no local onde desenvolvia minhas atividades profissionais como enfermeira e docente, bem como pelo fato de a população apresentar condições educacionais, econômico-financeiras e de saúde de risco social interferindo na promoção de saúde da mulher e da criança.

Acredito que este estudo traz importantes contribuições para a consideração das questões relacionadas à saúde da mulher por promover um ciclo gravídico-puerperal mais saudável e também para minha prática docente e os projetos de extensão intitulados “Acompanhamento domiciliar da gestante de baixo risco em trabalho de parto” e “Acompanhamento da gestante e família em situação de risco durante o ciclo gravídico-puerperal”, desenvolvidos nessa mesma comunidade. Com esta síntese informativa e justificativa, aponto razões de escolha desse cenário para este estudo.

4.3 SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos participantes, considerados como parte integrante do presente estudo e não apenas informantes, conforme sugerem Trentini e Paim (2004) são gestantes de baixo risco que se encontravam no segundo ou no terceiro trimestre de gravidez, primigestas e/ou múltiparas, moradoras da comunidade acompanhadas pela equipe de Saúde da Família do bairro Centenário, na cidade de Lages, SC, e que desejavam ser acompanhadas também em seus domicílios. Além destes critérios, foram considerados, o consentimento e a anuência explícita das gestantes em participar do estudo, após conhecimento de seus objetivos, intencionalidades e seus modos de participação nas atividades previstas. Importante ressaltar também que por tratar-se de um estudo de natureza qualitativa do tipo convergente-assistencial, não foram estabelecidos *a priori*, critérios rígidos para a seleção e o tamanho da amostra, sendo estes, definidos com base na necessidade de informação. Isto porque neste tipo de investigação, ocupa lugar de importância não o princípio de generalização, mas sim o da representatividade quanto à profundidade e diversidade das informações a serem obtidas. Deste modo, alguns autores apontam como princípio orientador, a saturação dos dados, ou seja, “amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância”. (POLIT; BECK; HUNGLER, 2001, p.237).

Ao ser informado para a Equipe de Saúde da Família (ESF) os critérios de inclusão dos sujeitos participantes, era iniciada a busca ativa com a ajuda principalmente dos agentes comunitários de saúde. Assim, participaram da pesquisa quatro mulheres, de modo interativo e manifestando suas dúvidas e críticas durante o processo de enfermagem, o qual ocorreu em dois momentos. No primeiro momento, entre os meses de outubro e novembro de 2007, colocou-se em prática o projeto da disciplina “Projetos Assistenciais de Enfermagem e de

Saúde”. E no segundo momento, no final de abril, em maio e no início de junho de 2008, retomei a prática assistencial após ser entregue uma cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC para a Equipe de Saúde da Família e para a Secretaria Municipal de Saúde.

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

Por ser um estudo que consolida a Pesquisa Convergente-Assistencial, caracteriza-se essencialmente pela estreita relação entre o processo de pesquisa com a prática assistencial desenvolvida pelo profissional, com vistas a minimizar ou encontrar soluções para problemas da prática e/ou realizar mudanças/ inovações no contexto social pesquisado. Exige, portanto, daqueles que a adotam comprometimento com a inovação, articulando a pesquisa com sua prática assistencial e conciliando o saber-pensar ao saber-fazer, mediante o processo de “aprender a pensar o fazer” culminando assim, com a necessidade de “refazer”. (TRENTINI; PAIM, 2004). Deste modo as ações de assistência, sob a forma de mão dupla, vão sendo incorporadas no processo de pesquisa e vice-versa. A verdadeira articulação da PCA com a prática assistencial se dá principalmente durante a fase de coleta de informações, quando os participantes do estudo – pesquisador e pesquisados, são envolvidos tanto na assistência quanto na pesquisa. Neste contexto, a coleta de informações é feita num só instante, pela pesquisadora-enfermeira no transcurso do desenvolvimento da prática assistencial.

Concordo com Guimarães (2006) e Basso (2007) que a descrição da trajetória metodológica é indispensável, pois envolve elementos básicos da coleta de informações e as técnicas reservadas para obtenção de informações para a Pesquisa Convergente-Assistencial. Deste modo, descrevo a seguir como se desenvolveu o processo investigativo, utilizando as diferentes etapas do processo de enfermagem de acordo com Orem (1985) com as gestantes.

Os métodos e as técnicas de coleta de informações utilizadas neste estudo foram observação participante e entrevista individual no processo de enfermagem em meio à realização da consulta de enfermagem, ambas fundamentadas na dialogicidade.

A observação participante foi utilizada porque, segundo Trentini e Paim (2004), possui o poder de captar uma variedade de fenômenos de uma determinada situação social, o que nem sempre pode ser obtido exclusivamente através de entrevistas.

Descrevo também os procedimentos adotados para a organização e registro de dados.

Desejo destacar neste momento o que Trentini e Paim (2004) chamam de “dança” da PCA – movimentos de aproximação, de distanciamento e de convergência da pesquisa e da prática assistencial –, necessitando contemplar as relações sociais das duas instâncias em torno de um fenômeno sem descaracterizá-las, por meio da justaposição da prática assistencial com a pesquisa.

Assim sendo, apresento a seguir de que modo se deu a trajetória investigativa, descrevendo e implementando o processo de enfermagem conforme concebe Orem com as gestantes, faço uso de algumas estratégias para responder às perguntas de pesquisa.

4.4.1 A trajetória da pesquisa convergente-assistencial

Neste estudo a coleta de informações foi desenvolvida através da imersão desta pesquisadora no campo da prática assistencial, traçando alguns procedimentos metodológicos durante a realização do processo de enfermagem desenvolvidos com mulheres durante o processo de cuidar na Unidade de Saúde da Família e no contexto domiciliar. Para tanto, utilizei entrevista no processo de enfermagem e apliquei um roteiro de consulta pré-natal (Anexo A) cujo modelo foi construído por Santos (1991) e adaptado por mim, tendo como base os requisitos de autocuidado descritos por Orem, e os componentes do conceito da competência do indivíduo para o autocuidado a saber: componentes físicos, afetivos ou motivacionais, cognitivos e sócio-ambientais.

Faz-se necessário documentar que o exercício desta prática na pesquisa tem amparo na Lei do Exercício Profissional nº. 7.498, de 1986 (BRASIL, 1986), no seu artigo. 11, § 1º inciso i. Cabe ao enfermeiro realizar, privativamente, a consulta de enfermagem como uma das formas de assistir a gestante, a parturiente e a puérpera. Considerando que a Consulta de Enfermagem utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção e proteção da saúde, bem como para a recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade.

O processo de enfermagem desenvolvido junto à clientela, além de estar intimamente ligado ao referencial de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem e seus pressupostos, traz o caráter da PCA, ou seja, a pesquisadora se envolvendo, interagindo nas relações sociais, compreendendo e respeitando as duas lógicas, para buscar produzir mudanças compartilhadas

durante o processo.

O processo de enfermagem de Orem, segundo Foster e Janssens (1993, p. 98), "é um método de determinação dos déficits de competência de um indivíduo para o autocuidado, e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer a demanda terapêutica do autocuidado". O processo de enfermagem proposto por Orem (1985, p. 223-4) consiste em "determinar por que a pessoa precisa da enfermagem, projetar um sistema de assistência específica de enfermagem, prover e controlar a assistência de enfermagem".

O processo de enfermagem, segundo Orem (1985), deve estar em consonância com os objetivos almejados, considerando-se os fatores ambientais, sociais, físicos, afetivos, cognitivos, entre outros; deve desempenhar as ações conforme um planejamento, reconhecendo-se a necessidade de ajustar o planejamento conforme a necessidade de realizar a provisão e controle da assistência de enfermagem, a fim de reconhecer se os objetivos estão sendo alcançados.

Através da implementação do processo de enfermagem no pré-natal baseado em Orem e da pesquisa convergente-assistencial, constatei o quanto é importante o enfermeiro utilizar esses métodos e estratégias científicas para a promoção da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Destaco que, nessa caminhada, criatividade, amorosidade, motivação, reflexão e comprometimento dos envolvidos foram imprescindíveis para a implementação do processo direcionado à mulher que vivencia o processo de gestar.

Acolher de maneira amorosa e motivacional, não perdendo a cientificidade e a ética profissional e da pesquisa (frase destacada em meu diário de campo, a qual nos momentos de fragilidade me inspirava para seguir a caminhada).

Para a implementação do processo de enfermagem direcionado à mulher no seu processo de gestar, também foi necessário: particularizar os requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvios da saúde (Anexo D); em seguida, a partir da particularização dos requisitos, foi preciso identificar a demanda terapêutica para o autocuidado, e os déficits de competência da gestante para o autocuidado; e, por último, com base nos déficits de competência identificados foi projetado o sistema de autocuidado gerenciado pelo enfermeira-pesquisadora juntamente com a cliente.

Foram implementadas as três etapas no processo de enfermagem: diagnóstico e prescrição; projeção e planejamento; provisão e controle da assistência de enfermagem.

Primeira etapa - Fase intelectual - diagnóstico e prescrição. No âmbito da sistematização, a etapa de diagnóstico de enfermagem determinou as necessidades de

cuidados específicos. Nessa prática, o processo de enfermagem foi operacionalizado a partir da investigação/entrevista, com a utilização de um roteiro de consulta pré-natal. Procurei identificar, através da dialogicidade e do acolhimento, os diversos requisitos de autocuidado, especialmente, segundo esses aspectos, o tempo em que é feito o exame físico geral e obstétrico, fazendo uso de técnicas de inspeção, ausculta e palpação.

Foram utilizados, como forma de organização e registro, o roteiro de consulta pré-natal, o diário de campo e o desenho, com os quais se estabeleceu uma forma de refletir e avaliar a assistência; de incluir registros da valorização e respeito às posturas e ações das gestantes quanto à prática do autocuidado; de perceber a dinâmica de trabalho da Equipe de Saúde da Família frente à saúde materna local. Os conteúdos das entrevistas e da observação participante foram transcritos integralmente e fielmente nas formas de registros já mencionadas acima. Transcreveram-se também os dados mais relevantes no prontuário-família da cliente. Há também minhas anotações, que chamo de notas informativas, contidas no diário de campo, referentes às observações, percepções e sentimentos pessoais.

O instrumento de registro de dados básicos referentes ao diagnóstico e prescrição (RCPN) está dividido em dois segmentos: o primeiro se refere à obtenção de dados biográficos e situacionais da mulher e do cônjuge e/ou companheiro relacionados à idade, à naturalidade, à origem étnica, à escolaridade, ao estado civil, à religião, à profissão/ocupação e ao endereço. No segundo, são reconhecidos os requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, por meio do levantamento de informações objetivas e subjetivas adaptadas à situação da mulher que vivencia o processo de gestar. Esse último segmento perdurou por alguns encontros em todos os sujeitos do estudo, tanto pela riqueza das informações obtidas e observadas como também pela situação casual apresentada nos encontros, no que se refere aos compromissos familiares e às condições ambientais desfavoráveis para dar continuidade à prática assistencial.

A particularização desses requisitos – que estão somados à identificação de aspectos físicos, cognitivos, afetivos e ambientais, expostos pelas mulheres e entendidos como componentes do conceito de competência da mulher para o autocuidado no processo de gestar – contribui na identificação da demanda terapêutica do autocuidado e na localização dos déficits de autocuidado exibidos pelas clientes.

O levantamento de informações teve como objetivo particularizar os requisitos de autocuidado estabelecendo-se a relação entre demanda terapêutica de autocuidado manifestado pela mulher no processo de cuidar e a competência para satisfazê-lo, focalizada a situação específica da gestante.

Ao estabelecer essa relação, identifiquei os déficits de competência definindo minha intervenção como reguladora do sistema de autocuidado.

O diagnóstico de enfermagem só foi identificado quando se estabeleceu a relação entre demanda terapêutica para o autocuidado e a competência para o autocuidado apresentado pela mulher durante o processo de gestar.

É importante lembrar que neste estudo utilizo o processo de enfermagem conforme concebe Orem (1985), como forma de sistematizar a assistência. Entendo que a consulta de enfermagem pré-natal vem orientar a organização do cuidado, com objetivo de promover a saúde e o bem-estar do cliente. Esse processo se dá centrado na relação dialógica entre os envolvidos, compreendendo-se a relação de ajuda mútua, ética, comprometimento e motivação.

Segunda etapa – Projeção e planejamento. Uma vez identificados os “déficits” de competência para o autocuidado da gestante a partir de informações coletadas acerca de conhecimentos, habilidades e motivação para o autocuidado classifiquei-os e analisei-os. Tal classificação foi feita de acordo com sua natureza e extensão. Com relação à natureza, procurei classificar de acordo com os requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. No que diz respeito à extensão, são classificados de acordo com os sistemas, conforme preconiza Orem (1985): sistema de compensação total, de compensação parcial e de suporte educativo.

Nesse momento, com base nas informações obtidas, projetei um sistema que fosse totalmente compensatório, parcialmente compensatório ou de suporte educativo.

Terceira etapa – Fase prática - provisão e controle da assistência de enfermagem. Nessa etapa aconteceu a fase prática do processo de enfermagem, em que realizei a implementação (provisão) e avaliação (controle) do cuidado com base no sistema de enfermagem. A implementação do cuidado consiste na produção e execução do sistema de enfermagem, em que o enfermeiro presta auxílio ao indivíduo ou à família no que se refere ao autocuidado, de modo a alcançar resultados identificados e descritos de saúde.

Para implementar o cuidado, foi necessário planejar e avaliar as ações de enfermagem juntamente com os sujeitos do estudo. Esse processo aconteceu de maneira horizontal, democrática, levando-se em consideração o contexto emocional, socioeconômico e familiar.

Esse processo de planejar e avaliar as ações de enfermagem foi contínuo e evolutivo,

contribuindo não somente na interação do enfermeiro com o cliente, mas na avaliação das modificações nos dados que pudessem comprometer o sujeito como agente de seu autocuidado.

Com relação à provisão, o nível de assistência implementada alterou de acordo com a natureza e extensão dos déficits de competência para o autocuidado apresentados pelas mulheres. Apesar de participarem do planejamento de ações, na prática ocorreu a necessidade de ajustar e modificá-las.

A estrutura do processo de enfermagem de Orem (1980, 1985) com suas diferentes fases e etapas podem ser representadas pela figura 2 apresentada a seguir:

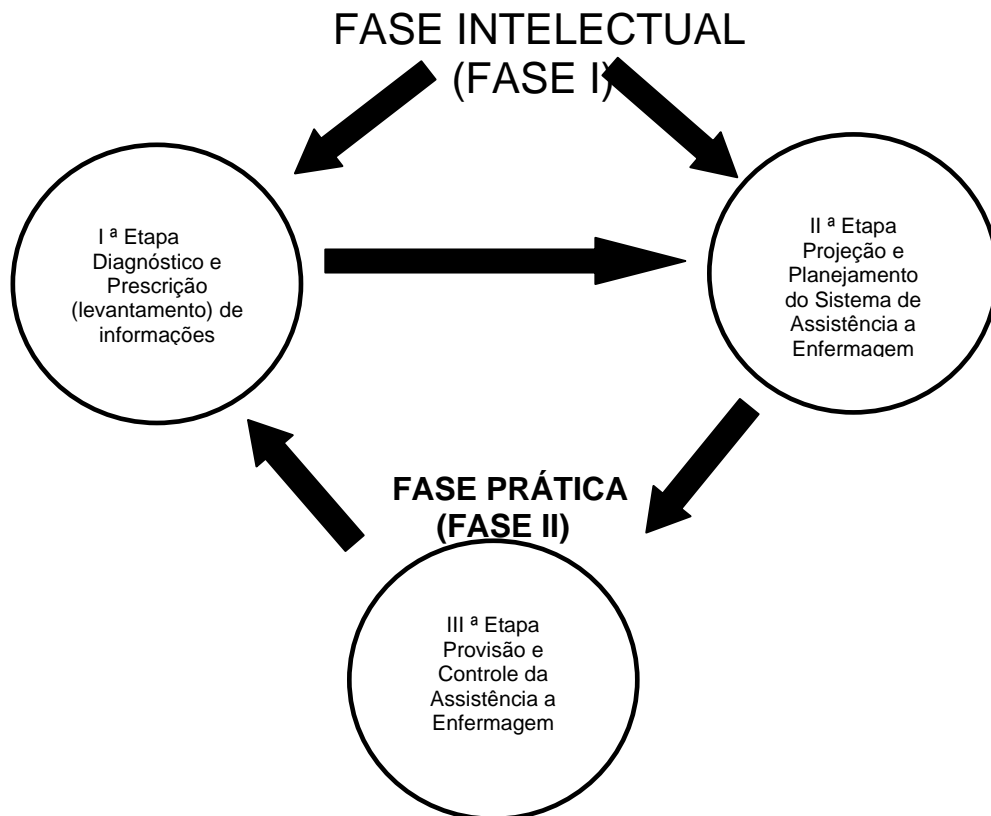


Figura 2: Representação esquemática da estrutura do processo de enfermagem de Orem (1985)

4.4.2 Procedimentos adotados para a organização e análise dos dados

Para melhor organização das informações obtidas, durante a prática assistencial e investigativa, os dados foram transcritos no diário de campo e também no instrumento que identifiquei como roteiro de consulta pré-natal (RCPN), durante e após a trajetória investigativa nos contextos ambulatorial e domiciliar.

Após registrar as informações coletadas durante a prática assistencial e investigativa, já apreciava os dados de modo não aprofundado, mas com atitude interpretativa, reflexiva e sistematizada. Desse modo, procurei envolver a prática assistencial mantendo as etapas do processo concomitantemente à busca das respostas aos questionamentos deste estudo.

Durante a trajetória investigativa, Trentini e Paim (2004, p. 91-2) citam que:

na pesquisa convergente assistencial, os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo. A simultaneidade da coleta e análise das informações numa pesquisa prática protege o cliente e a enfermeira de uma posição desconfortável, como acontece numa pesquisa do tipo tradicional, na qual o pesquisador identifica necessidades e não pode agir, pois tem as mãos atadas pelos critérios da pesquisa [...]. Esse tipo de pesquisa sempre envolve ações de assistência, mesmo que o enfoque seja entender ou descrever algum aspecto da experiência do paciente. (TRENTINI; PAIM, 2004, p.91-2).

Essa trajetória envolveu as etapas propostas por Morse e Field (apud TRENTINI; PAIM, 2004), que abrangem quatro processos:

► **Processo de apreensão:** essa etapa iniciou-se com a coleta de informações e apoiou-se nas informações obtidas na dialogicidade dos sujeitos envolvidos durante a prática assistencial. São interpretadas e organizadas pela pesquisadora de acordo com o referencial teórico utilizado, valorizando-se os acontecimentos, sentimentos e ações de cuidado/assistência que envolvem pesquisadora e sujeitos pesquisados. Todas as informações são organizadas e registradas em um diário de campo (ND) que consiste no relato das ocorrências diárias relacionadas à pesquisa, contendo notas de observação do pesquisador (NO) que abrange as observações, intuições, interações e reflexões sobre a trajetória assistencial e investigativa, notas teóricas (NT), que consiste no relato das interpretações feitas pelo pesquisador no momento da coleta ou durante a organização das informações, e notas de cuidado (NC), que são as ações relacionadas ao cuidado/assistência, desenvolvidas

no transcurso da pesquisa envolvendo pesquisador e pesquisado. No Apêndice B exemplifico um modelo de diário de campo utilizado como registro de dados.

► **Processo de síntese:** para as autoras da PCA, o processo de síntese visa a avaliar a subjacência das variações e associações das informações apreendidas, relevando no estudo os dados significativos. O processo de síntese é uma fase de criação de material expressivo e ilustrativo para o próprio pesquisador, que emerge após sintetizar e memorizar em agrupamento todo o processo de trabalho. (TRENTINI; PAIM, 2004).

Esse processo compreende a fase de interpretação, na qual, após várias leituras no diário de campo e no RCPN, reconheci os principais relatos de informações tais como se repetiam no desenvolvimento da trajetória investigativa. Desse processo surgiu a categorização das principais competências de acordo com os requisitos universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. Entendida categorização, como classificação de um conjunto de informações, manifestações que têm em si elementos semelhantes, que contribuíram efetivamente no processo da análise dos dados.

► **Processo de teorização:** após a revisão bibliográfica criteriosa, ocorre a interpretação com fundamentação teórico-filosófica, associada aos dados levantados, com alta abstração a partir da concretude dos dados.

Durante a prática assistencial e investigativa, empreendi, na condição de enfermeira-pesquisadora, leituras, releituras e reflexões na busca de categorias que expressassem as características similares, congruentes, estabelecidas na trajetória investigativa.

► **Processo de transferência:** ao final do processo analítico, Trentini e Paim (2004) referem que os resultados devem ser apresentados, contextualizados sem generalização e socializados, respeitando-se principalmente os princípios fundamentais que sustentam estudos qualitativos do tipo específico “convergente-assistencial”.

Realizei, com base nessa explicação, a descrição dos déficits de competência para o autocuidado mais relevantes, refletindo de que modo a enfermagem, durante o processo assistencial, fortalece a competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar.

Durante o processo analítico, a incursão da literatura, que foi realizada ao longo do processo assistencial e investigativo, proporcionou, além da atualização de conhecimentos, a identificação de controvérsias, o apoio na decisão do estudo e a composição de sínteses e abstrações no que se refere ao tema pesquisado.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NO ESTUDO

Segundo Trentini e Paim (2004) as questões éticas da enfermagem na Pesquisa Convergente-Assistencial envolvem comportamentos que caracterizam a cultura de certo grupo profissional ao desenvolver a investigação científica no âmbito da própria assistência, por fazer valer o uso de determinados valores reconhecidos como princípios morais, os que têm a vida como fundamental e o respeito à dignidade humana como a base das relações profissionais com o ser humano que é cuidado.

Assim, ao desenvolver a prática assistencial e a pesquisa com os sujeitos participantes, inclui o compromisso com a nossa profissão no sentido de favorecer a troca de experiências e contribuir, no processo do nascimento, para que as gestantes melhor enfrentem as ocorrências advindas desse processo. Diante disso, favorecer o bem-estar e o respeito, valorizar conhecimentos, crenças, hábitos, minimizar os riscos e prover o bem-estar das mães, do feto e do ambiente familiar.

Outro princípio ético é respeitar os sujeitos e tratá-los como seres humanos, chamando-os pelo nome, respeitando seus sentimentos e angústias e participando de suas alegrias e tristezas, se assim permitirem.

Este estudo está em consonância com os preceitos éticos contidos na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1996). Além disso, em todo o processo de pesquisa foram observados e preservados os princípios do Código de Ética Profissional de Enfermagem (COREN, 2000) e os bioéticos fundamentais do respeito à pessoa, sendo aplicados aos sujeitos participantes do estudo, a saber: o da autonomia¹, da beneficência², da não-maleficência³ e o da Justiça.

Os aspectos éticos específicos assumidos no transcurso do desenvolvimento deste estudo envolveram:

- a socialização da questão de pesquisa junto às equipes de saúde do local;
- o propósito ou interesse comum das clientes e familiares da proposta, contemplando informações e implicações da pesquisa;

¹ Princípio da autonomia: consiste em assegurar a participação do sujeito significativo de modo voluntário, sem coerção institucional ou psicológica e bem orientada com termo de consentimento pós-informação.

² Princípio da beneficência: ao realizar as descrições experienciais, o sujeito significativo amplia sua consciência sobre a própria existência e condição de vida; ao participar de forma voluntária e altruísta, colaborando deste modo para a aquisição de novos conhecimentos, com possibilidade de aplicação a pessoas nas mesmas condições, e elevando sua auto-estima.

³ Princípio da não-maleficência: é aquele que, por sua vez, garante o respeito à privacidade, a não-mobilização emocional de elementos traumáticos e a preservação do anonimato. (TURATO, 2003).

- ▶ a imersão da pesquisadora na assistência a fim de reconhecer o processo de trabalho no local e familiarizar-se com ele;
- ▶ a troca de informações durante todo o processo, alimentando continuamente as duas lógicas em sua individualidade, a pesquisa e a assistência;
- ▶ a apresentação dos resultados alcançados com a pesquisa, revitalizando a competência coletiva para pesquisar nas situações assistenciais;
- ▶ o desenvolvimento mediante o Consentimento Informado da Instituição, bem como o consentimento para revelar o nome desta;
- ▶ o estudo desenvolvido, incluindo seus objetivos, foram apresentados para a equipe de saúde, enfermagem e aos sujeitos participantes do estudo;
- ▶ os dados só foram coletados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos sujeitos participantes (Apêndice A), sem que se utilizasse qualquer tipo de coação;
- ▶ o respeito ao direito de participar ou não do estudo foi garantido às participantes, bem como a desistência em qualquer momento do desenvolvimento do estudo;
- ▶ o anonimato foi garantido, utilizando-se nomes fictícios, preservando sempre os valores éticos e morais dos participantes;
- ▶ o trabalho foi disponibilizado às participantes sempre que solicitado, estando a pesquisadora disponível para eventuais esclarecimentos;
- ▶ as informações, análises e sugestões contidas do estudo têm objetivo meramente profissional, com premissas de responsabilidade, honestidade, respeito e dignidade.
- ▶ respeitando princípios supracitados, o projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado sob o parecer nº. 367/2007 (Anexo C).

CAPÍTULO 5

5 DESCREVENDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL E INVESTIGATIVA DESENVOLVIDA COM A MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR

Não existe progresso sem mudança, mas quem não consegue mudar a si mesmo, não consegue mudar coisa alguma.
(AUTOR DESCONHECIDO)

Neste capítulo apresento um recorte de minha vivência durante a prática assistencial, na qual implemento o referencial teórico por meio da operacionalização das diferentes etapas do processo de enfermagem de acordo com o preconizado por Orem. Descrevo os movimentos preliminares de aproximação com o cenário e os sujeitos participantes do estudo, bem como alguns aspectos gerais relacionados aos mesmos. Na sequência, apresento o processo de enfermagem durante as consultas pré-natais no contexto ambulatorial e domiciliar implementado com uma das quatro gestantes participantes do estudo. Selecionei a prática assistencial com Borboleta por perceber uma maior sinergia e comprometimento não só com os envolvidos, mas com a proposta do estudo. Ressaltando que a prática assistencial investigativa com os sujeitos do estudo se configurou de modo compartilhado, democrático e acolhedor, seguido da apresentação de um quadro resumo das diferentes etapas do processo de enfermagem implementado.

5.1 MOVIMENTOS PRELIMINARES DE APROXIMAÇÃO COM O CENÁRIO E OS SUJEITOS PARTICIPANTES DO ESTUDO.

A prática de cuidado foi realizada como já descrito no capítulo anterior, em dois momentos. Foram implementadas as diferentes fases do processo de enfermagem conforme concebe Orem na Unidade de Saúde da Família Centenário em Lages/SC e no contexto domiciliar das gestantes, e se constituiu das consultas de enfermagem no pré-natal.

A escolha dos dois cenários ocorreu de forma intencional, não só por ter afinidade

com a comunidade e a equipe de saúde durante o período de vínculo empregatício que tive nessa cidade, mas por entender que, a visita domiciliar é um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde do indivíduo, família e comunidade e constitui-se numa prática que possibilita conhecer *in loco*, a real condição de vida cotidiana da mulher que vivencia o processo de gestar e de sua família, incluindo os múltiplos aspectos do processo de viver humano: sócio-culturais, afetivo-emocionais e educacionais. Além disso acredito que a mesma contribui para o fortalecimento do vínculo profissional-pesquisadora com a clientela.

Para tanto, a visita domiciliar facilitou a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com os recursos que a família dispunha. Concordo com Scotney (1981), quando relata que, para alcançar sucesso na visita domiciliar é necessário planejamento, procurar conhecer a família ou a pessoa que vai receber a visita, agendar com antecedência, escolher um ambiente para realizar os cuidados/ orientações, não esquecendo de rever nossos preconceitos.

As visitas foram acompanhadas pelos agentes comunitários de saúde devido à representatividade deles na comunidade, à importância da participação, à troca de suas experiências no processo, também pelo fato de conhecerem bem a unidade familiar e por me deparar algumas vezes com situações sociais de risco, tais como o uso de entorpecentes por menores de idade, causando-me por vezes, insegurança.

As visitas domiciliares e as consultas de enfermagem pré-natal foram agendadas conforme a necessidade apresentada ou sentida, a disponibilidade e a vontade dos sujeitos. Foram desenvolvidas em dois momentos: o primeiro ocorreu durante a prática do projeto da disciplina “Projetos Assistenciais de Enfermagem e de Saúde”. O segundo momento, já residindo em Florianópolis, retornei à Unidade de Saúde da Família e à Secretaria Municipal de Saúde de Lages, entregando uma cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC e retomando a prática assistencial. Lembrando que no período afastada da prática, busquei rever, refletir sobre minhas percepções, fragilidades e potencialidades no processo de cuidar durante o estudo.

Após a autorização da gerente do Programa de Saúde da Família e do Secretário Municipal de Saúde de Lages, em decorrência do excesso de atribuições da equipe aliado à elevada demanda espontânea, foi apresentado o projeto em dois momentos para as Equipes de Saúde da Família. Participaram desse momento doze agentes comunitários de saúde, dois enfermeiros, duas técnicas de enfermagem, um auxiliar de enfermagem e um dentista. Apresentei o projeto logo após o término das consultas para outra médica que não havia participado do encontro. Como grande parte do grupo já se conhecia, nosso encontro foi

repleto de manifestações de saudades e de expectativas frente à proposta. Desafios à vista! Trabalhar nessas comunidades sempre é um desafio no que concerne aos problemas sociais existentes, ao estilo de vida, à cultura, e à carência de projetos assistenciais e educativos mobilizadores para os habitantes.

Nessa reunião, que aconteceu nas dependências da Unidade de Saúde da Família, a equipe me trouxe alguns problemas tais como: gestantes que não estavam realizando o pré-natal na Unidade Básica de Saúde, motivo vinculado a questões sociais e familiares importantíssimas. Percebi o grau de preocupação da equipe com a variedade de casos, e ao mesmo tempo me colocaram num papel de salvadora da pátria “....Nossa Senhora! Sabia da importância de minha prática assistencial, mas a elevada expectativa da equipe confesso me deixou preocupada não conseguir correspondê-la, pois não tenho os poderes de She-Ra! [personagem de desenho animado da década de 80]”. A equipe questionou minha disponibilidade de realizar algumas consultas de enfermagem pré-natal para as gestantes que não se enquadraram nos critérios do estudo. Comentei que prestaria cuidados somente às gestantes encaminhadas pelos médicos e enfermeiros ou em caso de urgência obstétrica, pelo respeito que tenho por eles e também meu comprometimento com a saúde materna.

Após a reunião, agendei outro encontro para definirmos quais as prováveis gestantes, que estariam dentro dos critérios estabelecidos no projeto e também para iniciarmos a busca ativa. Foram realizadas cinco visitas domiciliares, sendo comunicado previamente por mim e pelos agentes comunitários, no entanto três mulheres se disponibilizaram em participar do estudo e se enquadravam nos critérios: Alecrim, Lua, Estrela. Borboleta manifestou vontade própria de participar do estudo. Já havia um vínculo entre nós, pois realizei acompanhamento pré-natal da sua primeira gravidez. Como as outras duas mulheres não escolheram o nome fictício, identifiquei-as como Lua e Estrela, partindo de informações coletadas durante o processo de cuidar. Logo na primeira semana de outubro de 2007 já houve uma aproximação com Borboleta e Alecrim. Lua e Estrela o contato se deu no mês de maio de 2008. Salientando que houve desistência de uma das mulheres (Girassol, nome fictício escolhido) no estudo, pois não autorizou realizar o acompanhamento pré-natal em seu domicílio. Contudo, mesmo assim realizei no total três consultas de enfermagem pré-natal.

Em se tratando da equipe, meu relacionamento com seus integrantes foi sempre harmonioso, saudável, sendo que o carinho e a gratidão que sinto por eles fazem desse relacionamento uma amizade, principalmente com os agentes comunitários de saúde (ACS). É claro que nessa trajetória de sete anos vivenciamos situações difíceis e que fortaleceram ainda mais o laço de companheirismo, respeito e amizade, tais como a ausência do nosso querido

João (ACS) e de Luiz Antônio, filho da médica de nossa equipe.

Esses foram os movimentos preliminares de aproximação com o contexto do estudo e os sujeitos participantes.

5.2 DESCREVENDO A TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL E INVESTIGATIVA

5.2.1 Síntese informativa do desenvolvimento do estudo assistencial com desenho de Pesquisa Convergente-Assistencial

5.2.1.1. Descrição geral dos sujeitos do estudo

A seguir apresento os sujeitos participantes do estudo, que, para preservarem suas identidades, escolheram um nome fictício: Alecrim, Borboleta, Estrela e Lua..

ALECRIM, primigesta, nulípara, 18 anos de idade, IG 32s 5d, natural de Lages, casada há dois anos, união estável há dois anos, dona de casa, católica. Escolaridade 2º grau incompleto desistiu de continuar seus estudos em decorrência da gravidez. Origem étnica afro descendente. Condição socioeconômica baixa, reside em moradia própria com o cônjuge de 21 anos. Possui casa de madeira com quatro cômodos, uma cozinha e sala integrada, dois quartos pequenos e um banheiro. A casa tem rede de água encanada, energia elétrica, esgoto ligado à rede, o lixo é coletado três vezes por semana, cônjuge ocupa função de ajudante de pedreiro. Refere que planejaram juntos a gravidez e usavam esporadicamente método contraceptivo tipo preservativo masculino.

BORBOLETA, secundigesta, primípara de parto cesárea, 19 anos de idade, IG 32 s 2 d, do lar, natural de Lages, estado civil estável, tempo de união três anos, dona de casa, católica, escolaridade 2º grau completo, origem étnica italiana. Condição socioeconômica baixa reside em moradia própria com o marido e o filho de 13 meses, residência de madeira com cinco cômodos, dois quartos, um banheiro, uma cozinha e uma sala, todos os cômodos pequenos. A casa fica no mesmo terreno da casa de sua mãe. Possui rede de água encanada, energia elétrica, esgoto ligado à rede, o lixo é coletado três vezes por semana, possui animal de estimação, cachorro. Teve gravidez não planejada, intervalo interpartal menor que dois

anos, cônjuge desempregado de 23 anos. Borboleta, já era minha conhecida pois eu havia feito algumas consultas de enfermagem no pré-natal na sua primeira gravidez, e esse fato contribuiu para que os fatores de interação e confiança se estabelecessem mais efetivamente.

ESTRELA, multigesta, múltipara de parto normal e o outro cesárea, 27 anos de idade, IG 30 s 5 d, natural de Lages, estado civil estável, tempo de união de um ano, dona de casa, católica, escolaridade 2º grau completo, origem étnica italiana, exerce ocupação como atendente de lanchonete, condição socioeconômica baixa, reside com a mãe, o filho de 4 anos e o marido de 26 anos, pois não possui residência própria, residência de alvenaria, composta de quatro cômodos pequenos, composta de uma cozinha, um banheiro e dois quartos. Possui rede de água encanada, energia elétrica, sistema de esgoto fossa, o lixo é coletado três vezes por semana. Fonte de renda familiar insuficiente para a manutenção da saúde e da vida. Seu segundo filho com 8 anos mora com o pai de seu primeiro casamento e faz tratamento com psicólogo pois apresenta hiperatividade. Cônjuge trabalha de cozinheiro. Teve gravidez não planejada, não utilizava nenhum método contraceptivo.

LUA, primigesta, nulípara, 15 anos de idade, IG 29 s 1 d, natural de São José, evangélica, solteira, com escolaridade de 1º grau incompleto, teve gravidez não planejada, o primeiro parceiro na atividade sexual foi seu namorado (21 anos), trabalha no ramo da construção civil, namora há 8 meses. Lua desistiu de continuar seus estudos em decorrência da gravidez. Reside com seus familiares (pai, mãe e dois irmãos do sexo masculino, de oito anos e seis anos), tem residência própria – de alvenaria, composta de quatro cômodos pequenos, uma sala/cozinha integrada, dois quartos e um banheiro. Possui rede de água encanada, energia elétrica as vezes pois é cortada por falta de pagamento, sistema de esgoto fossa, o lixo é coletado três vezes por semana. Fonte de renda familiar insuficiente para a manutenção da saúde e da vida – seu pai trabalha na economia informal, e sua mãe, dona de casa, em alguns momentos realiza trabalhos domésticos em outras residências.

Selecionando algumas variáveis que, caracterizaram o estudo, em relação aos dados biográficos e situacionais contemplados na primeira etapa do instrumento de registro de dados (RCPN), verifiquei que das 4 mulheres acompanhadas no estudo três são do lar, se encontram na faixa etária entre 15 a 19 anos, possuem uma união civil estável com tempo variando de 1 a 3 anos e possuem moradia própria.

Os dados vêm ao encontro aos dados do SIAB das equipes de saúde da Família do centenário, onde 30% das gestantes são adolescentes. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2008) comentam que em 2002, 20,75% das gestantes brasileiras eram adolescentes.

Zampieri (2005) considera que a gravidez na adolescência representa um problema social e de saúde pública, não só no Brasil, mas em outros países e que os altos índices tem preocupado toda a sociedade. Também relata que as adolescentes menos favorecidas economicamente são mais vulneráveis biologicamente e nas relações de sobrevivência das crianças.

Alegria et al., (1989), citam que os adolescentes nas décadas de 70 e 80 já experimentavam uma mudança nos padrões de comportamentos, tais mudanças repercutiram nos aspectos biopsicossociais envolvendo o exercício da atividade sexual, alcançando índices alarmantes para a época. Trazem como possíveis fatores causais a menarca precoce, casamento tardio, deficiência na educação sexual, estilo de vida urbana e fragilidades nos serviços de saúde, referente à saúde da criança e dos adolescentes.

Com relação à origem étnica 50% são afro-descendentes. A mesma amostragem também indica a evasão escolar dos sujeitos participantes do estudo.

Concordo com Costa et al., (2008), quando comenta que a evasão escolar é considerada um agravante de oportunidades futuras diante do mercado de trabalho, que a gravidez na adolescência tem sido vista como um fator agravante para o abandono e retorno da mãe adolescente ao processo ensino-aprendizagem principalmente as adolescentes que convivem com problemas sociais e econômicos.

O INEP (2008) publicou uma pesquisa que revelou que a maior parte das jovens entrevistadas no ambulatório de adolescentes grávidas no Hospital de Clínica/UFU na cidade de Uberlândia-MG, evadiram da escola durante o período gravídico em decorrência de vergonha e preconceito. A pesquisa ressalta a necessidade de repensar a formação do educador e o papel da escola na educação sexual dos jovens, buscando autonomia.

5.2.1.2 A implementação do processo de enfermagem

Para a implementação do processo de enfermagem foi adotada a consulta oficial normatizada de enfermagem pré-natal, acrescentados neste estudo a particularização dos requisitos de autocuidado – universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, em relação aos componentes da competência para o autocuidado da gestante (motivacionais, físicos,

ambientais e cognitivos).

Embora tenha acompanhado efetivamente quatro gestantes, descrevo a seguir alguns extratos das diferentes etapas do processo de enfermagem desenvolvido com Borboleta, de acordo com a proposta do estudo. Destaco que descreverei somente o processo de enfermagem de Borboleta pelo fato de ter realizado o acompanhamento pré-natal de sua primeira gestação o que tornou o atual processo de cuidar mais significativo para ambos. Na sequência apresento algumas informações as quais considero importantes. São elas

1 - Ao todo foram realizados cinco encontros com Borboleta – três consultas de enfermagem e duas visitas domiciliares.

2 - A duração das consultas de enfermagem pré-natal e visitas domiciliares foi de aproximadamente uma hora e meia.

3 - A partir das informações coletadas nos vários encontros, da observação, das consultas de enfermagem, das visitas domiciliares e das informações colhidas da equipe de saúde, relato como se deu o processo de cuidar.

4 - Apresento ao final um resumo das diferentes etapas do processo de enfermagem referente aos déficits de competência para o autocuidado apresentados por Borboleta, relativos a um dos requisitos de autocuidado desenvolvimentais, qual seja, suporte aos processos vitais e de desenvolvimento (adaptação decorrente das modificações anatomo-fisiológicas e psicológicas causadas pela gravidez).

Ao chegar à Unidade de Saúde da Família Centenário no dia 5 de outubro de 2007 por volta das 13:30min, a equipe de enfermagem comunicou-me a presença de Borboleta, já com anotações em seu prontuário família, tais como pressão arterial, peso e altura. Destaco que as evoluções de enfermagem foram registradas não só no diário de campo mas também no prontuário da família de todas as mulheres que participaram deste estudo. Naquele dia havia marcado com os agentes comunitários de saúde um encontro para iniciarmos a visita, que aconteceu posteriormente à primeira consulta de enfermagem pré-natal com Borboleta.

Preparei o consultório de enfermagem, adaptei no local meu kit de necessidades obstétricas, que é constituído de um detector fetal, gel condutor, fita métrica, estetoscópio, esfigmomanômetro, toalhas de papel, luvas descartáveis, além do material didático (ANEXO VI). Troquei o lençol e adaptei uma escada para a gestante ao se dirigir para maca ginecológica. Fechei a janela, pois fica ao lado de uma outra estrutura que é a creche Sorriso, respeitando assim a privacidade de Borboleta. Disponibilizei o instrumento de coleta de informações, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), um caderno de anotações que chamo de diário de campo e que utilizo também para esquematizar/desenhar

algumas informações que sejam necessárias no momento da consulta ou da visita domiciliar e o material de bolso contendo duas canetas, termômetro e tesoura. Coloquei meu jaleco branco, identificado com meu nome, enfermeira obstétrica e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Disponibilizei água mineral com temperatura ambiente e bala de caramelo para acolher e demonstrar meu carinho por ela. Antes de me dirigir à sala de triagem, encontrei com Borboleta na sala de espera, manifestei minha alegria de reencontrá-la. Busquei seu prontuário e convidei-a para me acompanhar no consultório de enfermagem. Ao sentar, Borboleta refere com expressão facial de contentamento: *“quando a agente de saúde falou que você ia tá aqui, eu vim correndo por que já falei do meu problema pra médica mas ela não ligou!”* (Borboleta).

Ao mesmo tempo em que imaginei que vinha alguma crítica, sua expressão facial e suas palavras me convidaram a refletir acerca da responsabilidade de nós, enfermeiros, que atuamos seja na assistência, na gerência ou na docência, de oferecer a população em geral e aqui neste estudo me refiro às mulheres que vivenciam o processo de gestar, uma atenção ao pré-natal digno, alicerçada não somente no conhecimento em que a ciência aprova e certifica, mas na valorização do subjetivo que essas mulheres trazem consigo, seus valores e crenças, suas alegrias e tristezas, seus conhecimentos e intuições e suas fragilidades e potencialidades.

Dar continuidade ao processo de cuidar que antes tivera começado, mas não terminado, com Borboleta foi meu desafio. Desafio de comprovar o que outrora tínhamos trabalhado na sua primeira experiência como gestante e o desafio de discutir e pensar de que maneira poderíamos estabelecer um processo de cuidar mais significativo e participativo.

Jovem, branca de estatura baixa, sem acompanhante no momento da consulta, ela se encontrava em boas condições de higiene, cabelos castanhos longos e soltos, roupas e sapatos adequados para a idade gestacional e para o clima que se manteve agradável durante o início da tarde. Solicitei o cartão de gestante, os últimos exames laboratoriais e o exame de ultrassonografia obstétrica. Avaliei de maneira geral desde a primeira consulta as anotações do prontuário família e do cartão da gestante, o número de consultas, dados pressóricos, o ganho ponderal, a evolução uterina, os valores dos batimentos cardíaco-fetais (BCF), data da última menstruação, data provável de parto, idade gestacional, tipagem sanguínea e Fator RH, esquema vacinal, resultados de exames e tratamentos realizados. Questionei qual seria seu principal problema, que fez me procurar, e a mesma me respondeu: *“Tô com muito problema. Acho que tô com depressão”* (Borboleta).

Naquele momento, consultei-a novamente sobre os sintomas que ela identificava para pensar que estava com “depressão”. Referiu-me com expressão de socorro, disse que não

aceitava a gravidez, que tentou abortar no início e que tinha pensamentos suicidas, contudo estava em busca de ajuda. O que mais me importava era seu pedido de ajuda. Pela primeira vez em 10 anos de profissão me deparava com tamanha sinceridade e pedido de amparo. Conversamos muito antes de realizar o exame físico, procurei tranquilizá-la, pedi sua autorização para anotar o que estava referindo, e só depois de 40 minutos de troca de informações é que expliquei sobre o projeto, o tempo de duração, os objetivos, a forma de participação dos sujeitos e o TCLE. Ela concordou em participar, assinou o termo e enfatizou em não querer que divulgasse seu nome, tão pouco fosse comentado com outras pessoas da equipe de saúde. Informei-a que iria solicitar ajuda novamente à médica, à enfermeira responsável da sua área de abrangência territorial e a outros profissionais, tais como um psicólogo. Ela concordou e prosseguimos a consulta com a anamnese. Na primeira consulta de enfermagem, Borboleta, secundigesta, primípara. Ao exame físico geral e obstétrico apresentava couro cabeludo íntegro, sem sujidades, face e mucosas hipocoradas, presença de cloasma gravídico e sinal de Halban, arcada dentária com presença de cárie, hipertrofia de gengiva, hipertrofia de tireóide, pele seca, mamas globosas com presença de colostro, mamilos semi-protrusos, rede de Haller e tubérculos de Montgomery presentes, abdômen gravídico, apresentando estrias gravídicas e linha *nigra*, na manobra de Leopold (palpação obstétrica), situação fetal longitudinal, posição à direita e apresentação fetal provavelmente cefálica, alta e móvel, escavas desocupadas, boa vitalidade fetal, altura uterina 33 cm, BCF de 144, sem dinâmica uterina. Exame ginecológico: estruturas perineais íntegras, apresentando sinal de Chadwick, ao toque: ausência de varizes vaginais, colo fechado e posterior, sem perdas vaginais, apresentando mucorréia característico fisiológico. Membros inferiores com varicosidades, boa perfusão periférica, edema zero cruz. Pressão arterial de 110 X 70 mmhg, Pulso de 98 bcpm, Respiração 19 mrpm, Temperatura axilar 36,5°, Peso: 68 Kg e altura 1, 58 cm. Esquema vacinal completo, exames laboratoriais: tipagem sanguínea A fator RH +, VDRL negativo do primeiro e terceiro trimestre, Parcial de urina sem anormalidades, Hemoglobina 12g/dl, Leucócitos 11.000, Glicemia 85 mg/dl Anti-rubéola não reagente, HBsAg não reagente, Anti-toxoplasmose não reagente, Teste sorológico anti-HIV não reagente, colpocitológico oncótico há 10 meses atrás sem anormalidades. USG Obstétrica realizada em 19 setembro de 2007: Idade Gestacional 29 semanas, Descolamento Prematuro da Placenta (DPP) + ou – no início de dezembro, feto único, placenta corporal anterior, normohidrânio, BCF 156 p/min. Fazendo uso de sulfato ferroso, duas drágeas por dia e fez uso no primeiro trimestre de ácido fólico. Nega tabagismo e etilismo.

Prestados as orientações de acordo com os déficits de competência identificados, tais

como: higiene bucal, hidratação da pele, higiene íntima, vestuário adequado, dieta, ingestão hídrica, exercícios de relaxamento, motivada para pensamentos positivos no sentido de “mesmo estando tudo perdido, buscar forças para se deparar com as intempéries da vida”. À medida que eu ia comentando e questionando sobre os cuidados e a prática de autocuidado que realizara, Borboleta participava interagindo e questionando, de fato um pouco tímida ainda, mas já estabelecendo, ou melhor, dando continuidade ao processo de cuidar, que teve início já na primeira gravidez, aproximadamente dois anos atrás. Sabia que naquele momento tinha de respeitar o seu tempo, ou seja, sua atitude em compreender, modificar e/ou fortalecer algumas ações para o autocuidado que já identificado através dos requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, buscando identificar sua competência para o autocuidado.

Retornamos ao local de origem, duas cadeiras em roda de uma mesa. De maneira informal, foi-se prolongando nossa conversa. O olhar inseguro e tristonho se entrelaçava a sentimentos como o de esperança. Percebi, quando motivava a realizar alguns cuidados, a mesma reagia positivamente: “*Gosto de ouvir música calma mesmo, acho que vai me fazer bem e pro bebê também né?*” (Borboleta).

Percebi o interesse de Borboleta em manifestar suas fragilidades, apesar de não relatar expressamente suas potencialidades. Observei nela muitas competências para o autocuidado, entre elas, a motivação em participar dos encontros de gestantes realizados pelas equipes de saúde da família, o comparecimento nas consultas pré-natais, a preocupação em se engajar em ações de autocuidado para si e para o feto, e em especial, o cuidado com o seu corpo. Intrinsecamente manifestando seu comprometimento consigo e com o bebê, mesmo não sendo planejado. Quando questionei sobre o sexo do bebê, disse-me com um olhar de alegria: “*é uma menina, agora vou ter um casal...*” (Borboleta).

Nem tudo está perdido!”, Refleti. Mais uma motivação para dar continuidade a esse desafio, de que me orgulho e que me empenho em realizar.

Ao término da consulta de enfermagem, me comprometi a buscar ajuda de um profissional psicólogo, de uma enfermeira e de uma médica da área de abrangência que Borboleta estava inserida. Em seguida agendei, conforme sua disponibilidade e vontade, uma visita domiciliar para o dia 19 de outubro de 2008, com a presença do agente comunitário de saúde, para prosseguirmos o acompanhamento e darmos uma resposta frente ao encaminhamento para o psicólogo.

Após a primeira consulta de enfermagem com Borboleta, comentei sobre o caso dela com a médica e a enfermeira da respectiva área de abrangência e juntos consideramos que a

avaliação de um profissional psicólogo seria fundamental naquele momento. Então me dirigi ao CRAS II, que fica na mesma estrutura que a Unidade de Saúde de Família, porém ao lado. Conversei com a equipe de assistente social e psicólogo responsáveis pelos projetos ali oferecidos.

Comentei sobre o caso, e em pouco tempo, mesmo não ocupando a função de exercer acompanhamento clínico a clientes, abriria uma exceção em razão de nossa solicitação. O psicólogo comentou que haveria necessidade de agendar um momento para estabelecer o primeiro acolhimento. Sugeri que o agente comunitário de saúde responsável pela microárea em que a Borboleta se localizava se dirigisse ao domicílio da cliente solicitando sua presença no CRAS II, para agendar uma data mais oportuna tanto para o profissional quanto para Borboleta.

Agenciando o sistema de autocuidado de Borboleta

Acompanhada pelo agente comunitário de saúde de Borboleta, fui realizar a primeira visita domiciliar, no dia 19/10/07, no período vespertino, previamente agendada. Ao chegar ao local, constato que Borboleta reside em uma casa de madeira com cinco cômodos, dois quartos, um banheiro, uma cozinha e uma sala, todos os cômodos pequenos. A casa fica no mesmo terreno da casa de sua mãe. Contém geladeira, fogão a lenha e a gás, televisão 14 polegadas. A casa se apresentava limpa e arejada. Possui rede de água encanada, esgoto ligado à rede, lixo coletado três vezes por semana, possui animal de estimação, cachorro, aparentemente bem cuidado. Ao chegarmos em seu domicílio, fomos bem recebidas com chimarrão e convidadas a adentrar. Estava presente nesse momento, além de seu filho de 13 meses, sua mãe, muito simpática e colaborativa. Seu cônjuge havia saído em busca de trabalho. Prossegui acolhendo Borboleta, sua mãe e seu filho; em seguida dei continuidade ao levantamento de informações procurando identificar no primeiro momento os requisitos de autocuidado universais, posteriormente requisitos desenvolvimentais e na sequência requisitos de desvio de saúde.

Destaco que as informações a seguir são decorrentes do processo de cuidar que se deu nos meses já descritos no quarto capítulo.

Em relação aos requisitos de autocuidado universais, procurei obedecer à sequência instituída no instrumento, iniciando com os requisitos de autocuidado relativos à manutenção do influxo de ar.

Entre um chimarrão e outro, Borboleta respondia a meus questionamentos. Percebi que, mesmo querendo que estivesse ali, ela me pareceu um pouco cansada. Foi quando

questionei se poderia continuar; então me referiu que passou a noite acordada, “pensando em besteira”. Disse-lhe que poderíamos voltar em outro momento, mas ela insistiu que ficássemos.

No que se refere à manutenção do influxo suficiente de ar, Borboleta apresentava-se: eupneica, com 19 movimentos respiratórios por minuto, ritmo regular, boa simetria e expansão pulmonar, murmúrios vesiculares presentes. A mesma demonstrou conhecimento sobre fatores poluentes do meio ambiente e influências ambientais que interferem nos hábitos e comportamentos relacionados ao sistema respiratório: *“Quando a mãe e meu marido fumam perto de mim ou de nosso filho, eu expulso eles de casa, sei que faz mal a criança pode nascer com falta de ar.”*

Foi satisfatório o nível de motivação para engajar-se em ações de autocuidado com relação à manutenção do influxo suficiente de ar. Borboleta referiu que a limpeza da casa é prioridade e a fumaça do fogão a lenha é canalizada para o meio externo.

Com relação à manutenção de influxo suficiente de água, relatou que ingere pouca água, cerca de três copos pequenos, e muito chimarrão. Mesmo não apresentando hábito de tomar água ou suco com frequência, mostrou ter interesse e capacidade cognitiva e motivacional para produzir essa ação para o autocuidado: *“Se tá frio, tomo muito, em dia normal, cerca de 10 cuias”*.

No que diz respeito à motivação para a ingestão suficiente de alimentos, constatei que Borboleta apresentava-se em bom estado geral, com peso adequado para a idade gestacional – com 34 semanas de gestação apresentou IMC de 28 (avaliação do estado nutricional segundo o índice de massa corporal por semana gestacional). Permanecia ainda com hiperemia de gengiva de arcada dentária superior, presença de cáries. No exame físico geral e obstétrico, não houve mudanças a serem relatadas. Possui padrão de ingestão alimentar irregular, em decorrência de condições sócio-financeiras. Sua rotina é se alimentar três vezes ao dia: *“Café da manhã – um pão com margarina e um copo de café com leite, mais café do que leite. Almoço, quando tem carne, gosto de bife frito, arroz e feijão e tomate, gosto muito de tomate. Tarde é hora do chimarrão, bolacha de água e sal. Noite comemos a sobra do almoço”*. (Borboleta)

Assim, foram identificados déficits de competência para o autocuidado relacionados à ingesta diminuída de alimentos protéicos e vitamínicos, déficit de conhecimento sobre os alimentos como fonte de nutrientes e dos nutrientes necessários durante o ciclo gravídico-puerperal, foram apresentados por Borboleta.

Com relação aos aspectos da provisão de cuidados associados com os processos de

eliminação e excreção, quanto ao funcionamento intestinal, Borboleta referiu que apresentava constipação intestinal, e que às vezes ficava sem ir ao banheiro cinco dias. Apresentou déficits de conhecimento sobre a importância da ingestão alimentar e hídrica em relação às eliminações. Referiu que não apresenta problemas em relação a eliminações vesicais, sua frequência, aspecto e odor. Ao questionar sobre os hábitos higiênicos, relata higiene perineal antero-posterior.

Quanto à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso, Borboleta comenta sobre a insônia que vem apresentando no último mês, mesmo com todas as tarefas diárias e domésticas, como cuidar de seu filho, lavar, passar, fazer almoço, levar e buscar seu filho na creche entre outras atividades:

a gente vai pra cama por volta das dez horas, depois da novela, eu só durmo lá pela uma hora, fico pensando em besteira, aí me mexo toda hora e meu marido reclama muito, às vezes fico só uma hora acordada, às vezes fico mais, aí acordo às oito pra fazer café pra ele e volto pra cama, só saio às dez horas. À tarde, quando dá, durmo também. (Borboleta).

No que diz respeito à manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social, relata que a composição familiar é constituída pelo casal e um filho de 13 meses, sexo masculino, mas que sempre que é preciso sua mãe a ajuda. Ao completar a fala, sua mãe confirma, dizendo que filho é para a vida toda, e, mesmo passando necessidade, uma ajuda a outra.

Quanto às características sócio-culturais da família, comenta que nasceu em Lages e seu marido também. Seus pais são de origem italiana, com poucas condições socioeconômicas; possui dois irmãos mais velhos, todos concluíram o segundo grau. Por residirem no mesmo terreno, eles se encontram frequentemente e convivem em harmonia. Já com seu marido, relata algumas divergências: *“não sei como meu marido me agüenta, tem hora que a vontade é de explodir; meu marido é um santo, quando ele vê que eu tô irritada ele vai passear com nosso filho”*.

Depois que casou, as amizades sumiram, segundo ela. Só participa dos encontros de gestantes promovidos pelas equipes de saúde da família. *“Gosto de ir no Angeloni aos domingos, às vezes a madrinha do meu filho vem buscar nós pra ir lá, às vezes dá pra comprar alguma coisa”*.

Demonstrou déficit motivacional para estabelecer equilíbrio entre recolhimento e interação social.

Quanto à promoção do funcionamento e desenvolvimento normais, constatee que

Borboleta estava em bom aspecto geral, saudável, porém com transtorno de humor. Mesmo apresentando essas alterações psico-sociais, buscou motivação em promover seu bem-estar e buscar ajuda. Receptiva, roupas e sapatos adequados para a idade gestacional, boas condições de higiene, boa integridade cutânea, sinais vitais hemodinamicamente estáveis. Não apresentou alterações na estrutura e funcionamento dos sistemas cardiovascular, respiratório, músculo-esquelético e tegumentar. Relata não ter apresentado alterações na visão, na audição, no olfato e no tato. Apresenta-se em fase de evolução gravídica. Quanto à atividade sexual, referiu dispareunia e diminuição do desejo sexual: *“tudo me irrita, até ter relação. Enjoei de meu marido, coitado, mas ele tem que agüentar”*.

Demonstrou pouca motivação em relação à prática de autocuidado no planejamento familiar. Ao ser questionada sobre métodos contraceptivos, ela disse: *“mesmo sabendo que poderia engravidar, depois que ele nasceu, nunca tomei nada”*.

No que se refere à utilização dos serviços de saúde, referiu que tem o costume de procurar sempre a Unidade de Saúde da Família, não só no pré-natal, mas no acompanhamento de puericultura de seu filho e também a si própria. Diz que coletou preventivo cerca de seis meses atrás.

Borboleta relatou que no seu primeiro parto sofreu muito, e que tinha medo de sofrer novamente. Disse que a induziram para parto normal, mas que o parto culminou em cesárea. Elenco os principais desconfortos que Borboleta apresentou durante o processo de gestar, a partir da investigação realizada: insônia, irritabilidade, alterações na boca, constipação intestinal, lombalgia, varicosidades, inapetência sexual, transtornos de humor.

No que diz respeito ao requisito de autocuidado universal relativo à prevenção de riscos à vida, ao funcionamento e ao bem-estar, observei que as condições ambientais e habitacionais de Borboleta são adequadas, não apresentando risco para a sua saúde e de seus familiares. Em decorrência de seu cônjuge estar desempregado, a renda familiar era pouco suficiente para atender às necessidades pessoais e da família.

Quanto aos requisitos de autocuidado desenvolvimentais no suporte aos processos vitais e de desenvolvimento, Borboleta possui um filho com 13 meses de vida, nasceu de parto cesárea e afirma que não apresentou nenhum abortamento. Não planejou a atual gravidez, porém, após saber que gerava uma menina, a gravidez tornou-se mais desejada. Percebi através de suas expressões faciais e relatos que a confirmação do sexo do feto a motivou na realização do acompanhamento pré-natal e na prática do autocuidado: *“quando soube que era uma menina, fiquei imaginando ela com um vestidinho que era meu, que minha mãe guardou”* .

Ao todo, Borboleta realizou oito consultas pré-natais, três consultas realizadas por mim e quatro realizadas pelo profissional médico do PSF. Realizou exames laboratoriais e de imagem, participou dos encontros educativos, esquema vacinal completo, ações e orientações de acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento/MS (BRASIL, 2000).

Quando questionada sobre a importância do pré-natal, Borboleta confessa que o pré-natal é importante para ela e para o bebê: *“Desde a primeira gestação faço o pré-natal certinho, é pra ver a saúde do bebê e a minha, participo das reuniões, a agente do meu bairro pega no meu pé”*.

Quanto aos aspectos motivacionais listados no roteiro de consulta pré-natal, Borboleta apresentou dificuldade em responder às seguintes perguntas: como se sente gerando um feto? Gosta de si mesma nesse momento? Então, como tinha em mãos uma folha e algumas canetas hidrocor, solicitei a ela que desenhasse, se assim o desejasse (Anexo V).

Quando perguntei se havia interesse pelo funcionamento do seu corpo materno e se tinha conhecimentos sobre tal: *“Sei que não posso comer por dois, e me lembro que você falou na vez passada que os órgãos se separam pra que o bebê fique com espaço pra crescer... E que as mamas soltam o colostro, que é uma vacina pro bebê”*.

Parabenizo Borboleta por lembrar de orientações e conhecimentos outrora comentados; ela demonstra gratidão através de um sorriso tímido. Em seguida pergunto se ela enfrenta obstáculos ou dificuldades para realizar o pré-natal e se recebe apoio e incentivo pra realizar o autocuidado: *“Não tenho dificuldade. Meu marido e minha mãe falam sempre pra vir, ainda mais que moro perto do postinho. A agente comunitária R. me cobra bastante e faz eu assinar uma folha quando eu vou nas consultas e nas reuniões”*.

Reforço sobre o apoio e incentivo pra realizar o autocuidado, mas antes achei conveniente trabalharmos os aspectos cognitivos com relação aos cuidados que realizava para vivenciar a gravidez de uma maneira mais saudável e à importância do autocuidado. Sua definição e os cuidados que ela achava mais importantes durante o período vivenciado também foram abordados. Lembro que os aspectos cognitivos e motivacionais foram conferidos de maneira repetitiva durante o processo de cuidar, a fim de identificar os déficits de competência e conseqüentemente a competência para o autocuidado.

Com relação à definição de autocuidado e sua importância, Borboleta comenta:

Assim é.... eu me cuidando? Comendo direitinho, tomando o remédio pra não ter anemia, higiene. Se eu não cuidar de mim, quem é que vai cuidar? Esses dias coloquei uma música mais calma, como a senhora me falou, mas ele reclamou e tive que desligar; falei: se não ouvir aquela música ele também não ia ouvir nenhuma. Falei pra ele que preciso de ajuda pra eu melhorar . (Borboleta).

Entre minhas anotações e observações no diário de campo e no RCPN, destaco algumas falas, como esta acima, que identifica que Borboleta se apropria do significado de autocuidado e vai assumindo e desempenhando progressivamente ações para o autocuidado.

Sobre a motivação para engajar-se em ações de autocuidado que identifiquei em Borboleta durante o processo de cuidar, destaco a motivação para atender os requisitos de autocuidado relacionados a manutenção da higiene pessoal e familiar, motivação para realizar as consultas pré-natais, visitas domiciliares e encontros educativos durante o período gravídico, motivação para realizar tratamento medicamentoso (sulfato ferroso), para ampliar seus conhecimentos a cerca do desenvolvimento fetal e adaptação materna durante o ciclo gravídico-puerperal, para buscar auxílio de um profissional psicólogo e para estabelecer e manter equilíbrio entre atividades e repouso.

Quanto aos requisitos de autocuidado relativos ao desvio de saúde, ela relata ser saudável. Sua mãe confirma que Borboleta sempre foi forte, comia de tudo. Demonstrou conhecimento sobre cuidados referentes à puericultura: *“tenho só 19 anos, nunca adoeci”*.

Ao ser questionada sobre o que entendia sobre saúde e doença, responde: “é obvio que saúde é não ficar doente, e doença é quando ela precisa usar medicamentos, fica com febre, precisa de hospital”.

Com relação à prática do exame Papanicolau, Borboleta realizou somente um até o momento. Sobre o auto-exame de mamas, sabe de sua importância, mas não o realiza com frequência. Ao identificarmos esse déficit de competência para realizar tal atividade de autocuidado, trabalhamos sobre as técnicas dos exames já citados acima, trazendo figuras, mama de tecido, e discutindo sobre a periodicidade, a finalidade e a motivação para cumprir tal ação, inclusive durante a gestação.

Contudo, havia necessidade de buscar mais estratégias. Mesmo que Borboleta já me conhecesse, apresentava-se um tanto quanto frágil e desmotivada para dar continuidade ao seu processo de gestar saudável. Foi assim que, durante o percurso da prática assistencial e investigativa com todos os sujeitos do estudo, elenquei algumas estratégias que foram evidenciadas e que foram importantes para o desenvolvimento do processo de cuidar, tais como:

- Relacionamento interpessoal entre equipe/cliente/família/comunidade, permeado pelo respeito e pela ética;
- Acolhimento/ humanização na assistência (desde cuidados pessoais, preparo do local que se deu o processo de cuidar, atitudes e habilidades do enfermeiro como paciência, comunicação, motivação, percepção, humor, intuição,

comprometimento com a assistência, desapego a qualquer forma de preconceito, disposição para ajudar e amor pela enfermagem);

- Articulações entre profissionais de outras secretarias;
- Utilização de material educativo (Anexo E), como pelve, feto, placenta e seus anexos de tecido, como também figuras que representam desenvolvimento fetal, Atlas anatômico e exames Papanicolau e auto-exame de mamas.

Mesmo com pouca idade, já era notório seu comprometimento consigo e com sua família, contudo uma postura tímida e desmotivada em relatar como se dava sua prática de autocuidado no início do processo de cuidar, me chamava atenção. Naquele momento percebi que muitas ações que deixava de executar, era pela desmotivação do processo de ser e viver e pela falta de conscientização e informações sobre o ciclo gravídico-puerperal e suas repercussões na prática de autocuidado. Este fato me fez novamente refletir sobre minha prática, o quão foi importante colocar em exercício um marco teórico-metodológico adequado para a prática assistencial investigativa, propiciando à mulher, vivenciar a gravidez participando ativamente do processo gravídico-puerperal e se responsabilizando, analisando e avaliando sua saúde juntamente com os profissionais da saúde.

Após a análise das informações referentes aos requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde, identifiquei as competências apresentadas por Borboleta frente à demanda terapêutica do autocuidado no processo de gestar e cito a seguir:

- Capacidade física, cognitiva, motivacional e meio ambiental para engajar-se em ações de autocuidado relativas à manutenção do influxo de ar;
- Capacidade física, cognitiva, motivacional e meio ambiental para engajar-se em ações de autocuidado relativas à manutenção do influxo suficiente de água;
- Capacidade física, cognitiva, motivacional e meio ambiental para engajar-se em ações de autocuidado relativas à manutenção do influxo suficiente de alimentos;
- Capacidade física, cognitiva, motivacional e meio ambiental para engajar-se em ações de autocuidado relativa à provisão e cuidados com relação os processos de eliminação e excreção;
- Capacidade motivacional e meio ambiental favorável à manutenção do equilíbrio entre atividade e repouso;
- Capacidade física e cognitiva (parcial) para promover o funcionamento e

desenvolvimento normais;

- Capacidade física, cognitiva (parcial), motivacional para atender requisitos de autocuidado relativos aos processos vitais e de desenvolvimento.

Quanto aos déficits de competência para o autocuidado no processo de gestar de Borboleta, relaciono os:

- Déficit relacionados à ingesta diminuída de alimentos protéicos e vitamínicos: incapacidade para obter nutrição adequada para si e seus familiares em decorrência de baixa condição sócio-econômica;
- Déficit de conhecimento sobre os alimentos como fonte de nutrientes e dos nutrientes necessários durante o ciclo gravídico-puerperal: falta de conhecimento sobre a existência de programas de auxílio nutricional na comunidade;
- Déficit de competência motivacional (parcial) para manter equilíbrio entre atividade e repouso;
- Déficit de competência para manter o equilíbrio entre recolhimento e interação social;
- Déficit de competência cognitiva e motivacional (parcial) para engajar-se em ações de autocuidado no suporte ao processo vital e de desenvolvimento. alterações anatomo-fisiológicas causando alguns desconfortos, tais como relacionado com o aumento do tamanho uterino, irritabilidade, alterações na boca, constipação intestinal, lombalgia, varicosidades, inapetência sexual; Enfrentamento individual ineficaz, relacionado ao estresse, desânimo, irritabilidade; Risco de depressão puerperal relacionada ao estresse psicológico da gravidez.

Estes foram os principais déficits de competência para o autocuidado apresentados por Borboleta. Ao identificá-los foi estabelecido o diagnóstico de enfermagem.

Retornei a unidade de saúde familiar, com o intuito de estabelecer os objetivos de saúde pelos déficits de competência relacionados com os requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. No que refere aos déficits de competência frente aos requisitos universais os objetivos foram:

1) Relativos à manutenção do influxo suficiente de alimentos: adquirir conhecimento sobre a existência de programas de auxílio nutricional na comunidade; Adquirir conhecimentos sobre reaproveitamento de alimentos; Adquirir conhecimentos sobre plantio

de hortaliças e leguminosas; Entrar em contato com os responsáveis da horta comunitária do bairro. Adquirir conhecimentos sobre as fontes de nutrientes necessários para o ciclo gravídico-puerperal.

2) Relativos ao equilíbrio entre atividade e repouso: praticar atividades de relaxamento, diminuir o grau de ansiedade e de irritabilidade, estabelecer um horário de descanso durante o dia, prevenir complicação em relação ao seu estado de saúde e bem estar.

3) Relativos à manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social: buscar atividades de lazer incluindo a família, estabelecer um ambiente mais harmonioso e equilibrado no contexto familiar, interagir com seu esposo.

Em relação aos déficits de competência para o autocuidado frente aos requisitos desenvolvimentais, os objetivos foram: Identificar conhecimentos a cerca das principais desconfortos decorrentes da gravidez; Adquirir conhecimento sobre etiologia, prevenção e cuidados domiciliares das alterações anátomo-fisiológicas, psicológicas especificamente os desconfortos que a mesma apresentava; Buscar uma metodologia apropriada para estabelecer ensino-aprendizagem significativo. Identificar prováveis urgências obstétricas durante o processo de cuidar (avaliar o nível de ansiedade, alterações comportamentais, alterações fisiológicas associadas à ansiedade, alteração de pressão arterial, palpitações entre outros; Proporcionar a mulher um ambiente calmo e acolhedor para a expressão dos seus sentimentos e preocupações.

No que diz respeito aos déficits de competência para o autocuidado relativos aos requisitos de desvio de saúde, os objetivos foram: prevenir transtornos de humor, estimular e motivar Borboleta para desempenhar atividades prazerosas.

Ao estabelecer os objetivos de saúde, retornei a implementar a assistência, promovendo ações, orientações e intervenções, segue algumas delas, que foram realizadas no decorrer dos cinco encontros, vale ressaltar que muitas das orientações trabalhadas, Borboleta já conhecia, o que contribuiu no processo de ensino-aprendizagem, ao iniciar as orientações, questionava, quais seus conhecimentos sobre tal assunto. Seguem algumas delas:

- Articulei sua participação na Pastoral da criança, para realizar cursos de como reaproveitar os alimentos, e também a possibilidade de receber a multi-mistura, um farináceo rico em proteínas, sais minerais e carboidratos;
- Encaminhei junto com a médica e enfermeira do posto ao profissional psicólogo;
- Através de material educativo, discuti sobre as alterações antomo-fisiológicas do período gravídico-puerperal;

- Esclareci sobre a ingestão de alimentos saudáveis, nutritivos e adequados para o terceiro trimestre de gravidez;
- Encaminhei ao odontólogo;
- Orientações referentes a atividades que minimizem os desconfortos, com relação a insônia: tipo de travesseiro, ler livros que relaxem, beber líquidos mornos, diminuir a ingestão de chimarrão no período noturno, realizar banho de chuveiro morno. Com relação à hiperemia na gengiva: escovação correta, escovar freqüente e suave, fazer bochecho, usar escovas macias, tratar cárie dentária. Constipação intestinal: cultivar bons hábitos intestinais, ingerir dieta rica em fibras, aumentar ingestão hídrica, ingerir vegetais verdes, realizar exercícios moderados, não tomar laxantes;
- Orientações referentes à promoção do aleitamento materno, pródromos trabalho de parto, trabalho de parto, protagonismo no processo de nascimento, puerpério fisiológico.

Foi muito agradável reencontrar Borboleta, após treze meses, nos achamos pelo mesmo motivo, o seu processo de gestar. Ela agora vivenciando uma gravidez não planejada, manifestando pensamentos e posturas negativas frente à gestação, apresentando uma série de necessidades sócio-econômicas, mas com vontade de reerguer e buscar novos caminhos.

Na última consulta de enfermagem pré-natal que aconteceu dia 05 de novembro de 2007, explicitiei meu agradecimento por participar da prática, além de realizar os cuidados e orientações frente ao trabalho de parto, promoção do aleitamento materno, me comprometi a realizar uma consulta puerperal e assim o fiz, dia 06 de dezembro de 2007, ao retornar na unidade de saúde familiar realizei visita domiciliar identifiquei quanto Borboleta um puerpério saudável, boa adaptação psicológica no trinômio, regressões anátomo-fisiológicas em curso, estabelecimento do vínculo, estabelecimento do aleitamento materno. Com relação ao recém-nascido: de parto cesárea, sexo feminino, idade gestacional de 39 semanas e 6 dias, peso ao nascer 2.750, estatura 49 cm, PC 35 cm, apgar 8/8. Ao exame: RN ativo, com 28 dias, recebendo aleitamento materno exclusivo, boa pega, fontanelas normotensas, face corada, boa expansão pulmonar, abdômen distendido, região perineal hiperemiada, bom tônus muscular, reflexos Babinski, deambulação, moro, perioral e ciliar presentes. Temperatura axilar 36,7° e bcpm- 126.

Destaco que Borboleta comentou sobre o trabalho de parto:

Cheguei na Maternidade com contração forte e depois ficou fraca, daí tiveram que fazer a cesárea. Sofri muito Dani, fiquei naquele soro que,

caminhei, respirei, sentei na bola, minha mãe tava comigo e me ajudou, mas tinha hora que tinha que dizer pra ela parar porque ela incomodou o médico pra fazer cesárea em mim. Fiquei quase um dia inteiro pra ganhar ela.

Ressalto uma frase de Borboleta que me comoveu: *“Dani, como eu pensei em tanta besteira, não precisava nada disso, olha como é linda!”* (Borboleta).

Para mim, essa frase disse tudo o que realmente já refletia. Nós seres humanos pensamos, colocamos em prática certas ações desnecessárias e muitas vezes prejudiciais ao nosso corpo físico e ao nosso espírito. O milagre da vida fez presença e faz com que transformemos nossas ações em busca da felicidade e de nos tornarmos seres humanos melhores, melhores consigo e com o outro, no quesito de se amar mais, de refletir que somos seres em desenvolvimento moral, espiritual, profissional e que somos passíveis de erros e acertos nesse planeta de provas e expiações.

Ao final do processo de cuidar, comentei com Borboleta minha avaliação de toda nossa trajetória, o quanto foi importante para mim esses momentos de aprendizado mútuo, de parceria e de dialogicidade. Emocionada comentei: *“aprendi muitas coisas, este acompanhamento superou todas as minhas esperanças. Tive razão quando procurei você. Muito obrigado por tudo!”* (Borboleta).

Que bom podermos nos emocionar e transparecer o que sentimos sem nos preocuparmos com o julgamento de outrem. Ser o que verdadeiramente somos sem máscaras ou facetas. Obrigado meu Deus por tudo. Obrigado por estar no local certo, no momento certo e com as pessoas certas! Essas foram às palavras finais do meu diário de campo.

Como mencionei no início do capítulo, apresento a seguir um resumo (Quadro 1) das diferentes etapas do processo de enfermagem desenvolvido com Borboleta.

SITUAÇÃO/CLIENTE: Borboleta

I ETAPA			II ETAPA		III ETAPA			
DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO (LEVANTAMENTO DE DADOS)			PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		PROVISÃO			
DEFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO			SISTEMA DE ENFERM AGEM	PLANO DE ASSISTÊNCIA	INICIAÇÃO	CONTROLE DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM		
Nº	Especificação	Classificaçã o		Objetivos de Saúde	Ações	Data	Consulta de Enf	VD
1	Déficit de competência cognitiva e motivacional (parcial) para engajar-se em ações de autocuidado no suporte ao processo vital e de desenvolvimento; Enfrentamento individual ineficaz, relacionado ao estresse, desânimo, irritabilidade; Risco de depressão puerperal relacionada ao estresse	Requisito de Autocuidado desenvolvim ental	Sistema de suporte educativo	<p>. Identificar conhecimentos a cerca das principais desconfortos decorrentes da gravidez;</p> <p>. Adquirir conhecimento sobre etiologia, prevenção e cuidados domiciliares das alterações anátomo-fisiológicas, psicológicas especificamente os desconfortos que a mesma apresentava;</p> <p>. Estabelecer uma metodologia apropriada para desenvolver ensino-aprendizagem significativo.</p> <p>. Identificar prováveis urgências obstétricas durante o processo de cuidar (avaliar o nível de ansiedade, alterações comportamentais, alterações</p>	<p>. Através de material educativo, tais como caneta, caderno, kit bebê (boneco, cordão umbilical, placenta, membranas alveolares), discutir sobre as alterações anátomo-fisiológicas do período gravídico-puerperal; Realizar exame físico geral e obstétrico, atentando as reações e posturas emocionais e psicológicas.</p> <p>. Prestei orientações referentes a atividades que minimizem os desconfortos, com relação a insônia: tipo de travesseiro, ler livros que relaxem, beber líquidos mornos,</p>	05/10 19/10 e 29/10	<p>. Algumas ações prescritas foram desenvolvidas. Observei o interesse de Borboleta em atenciosamente ouvir e participar com relatos de sua experiência pregressa. Referiu que ia tentar ficar mais calma, buscar realizar as orientações que relatei pra ela.</p> <p>Nesse momento elenquei orientações por prioridades.</p>	Coletei mais informações e percebi sua dinâmica familiar com seu filho e mãe. Me relatou que após ter conversado com o psicólogo, se sentiu

	psicológico da gravidez.			<p>fisiológicas associadas a ansiedade, alteração de pressão arterial, palpitações, entre outros.</p> <p>Proporcionar à mulher um ambiente calmo e acolhedor para a expressão dos seus sentimentos e preocupações.</p>	<p>diminuir a ingesta de chimarrão no período noturno, realizar banho de chuveiro morno.</p> <p>Com relação à hiperemia na gengiva: escovação correta, escovar freqüente e suave, fazer bochecho, usar escovas macias, tratar cárie dentária e etc. Constipação intestinal: cultivar bons hábitos intestinais, ingerir dieta rica em fibras, aumentar ingesta hídrica, ingerir vegetais verdes, realizar exercícios moderados, não tomar laxantes.</p> <p>Encaminhei junto com a médica e enfermeira do posto ao profissional psicólogo.</p>	<p>05/11</p> <p>Foram relacionadas a adaptação psicológica e transtornos de humor. Secundariamente, comentou que iria intensificar os cuidados com higiene bucal, aumento da ingesta hídrica, alimentos ricos em fibras, banhos mornos, livros e programas de TV que tragam pensamentos positivos, e exercícios de alongamento, exercícios mamilares.</p>	<p>melhor. Com mais calma a medida que ia questionando sobre as alterações anatômicas e fisiológicas da gravidez, ela ia comentando, o que tinha dúvida pedi pra ela desenhá-la, como por exemplo, evolução uterina, placenta, desenvolvimento fetal. Deixei com ela uma cartilha do Ministério da Saúde, que contém orientações valiosas para a gestante e sua família.</p>
						<p>06/12</p> <p>Concentrei algumas orientações frente ao trabalho de parto, promoção do aleitamento materno, em virtude de estar nas proximidades</p>	

							do processo de nascimento Juntas arrumamos a mala dela e do bebê. Percebi estar motivada para o nascimento, referindo que quais as roupinhas que gostaria que sua filha saísse da maternidade. E também questionou do acompanhante em sala de parto.	Realizado avaliação puerperal e do Recém-nascido, observei puerpério saudável, boa adaptação psicológica no trinômio, regressões anatomo-fisiológicas em curso, estabelecimento do vínculo, estabelecimento do aleitamento materno.
--	--	--	--	--	--	--	--	---

Quadro 1 - Processo de enfermagem fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem (SANTOS, 1991)

CAPÍTULO 6

6 COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR E AS CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMEIRA

Durante minha vida profissional, no cotidiano do meu trabalho, ao acolher a gestante ou observando alguns profissionais que cuidavam dentro de uma perspectiva mais humanística, pequenos gestos fizeram e continuam fazendo a diferença. (ZAMPIERI, 2006, p. 373).

Este capítulo está subdividido em duas partes. Na primeira são apresentados os dados referentes às principais competências para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar, e na segunda descrevo as contribuições da enfermagem para o fortalecimento da competência para o autocuidado dessa população específica. Em ambas as partes, os referidos dados são oriundos da prática assistencial desenvolvida com as gestantes tendo como referencial teórico a Teoria do Autocuidado de Orem e como referencial metodológico a Pesquisa Convergente-Assistencial. Em relação à primeira parte, optei por sistematizar os dados levando em conta os requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde conforme categorizados por Orem (2001), e a partir desta particularização identifiquei a competência para o autocuidado apresentada pelas gestantes frente à demanda terapêutica do autocuidado.

6.1 A COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR

Para Orem (2001), o autocuidado implica em desempenhar ações dirigidas a si mesmo, com a finalidade de manter a saúde e o bem-estar. A autora refere que o autocuidado é universal e que as ações desempenhadas pelos indivíduos para si e por si têm uma intenção e continuação. Descreve ainda que as ações para o autocuidado são “apreendidas de acordo com suas crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural ao qual o indivíduo pertence”. (OREM, 1985, p.108).

A competência para o autocuidado, por sua vez, é a terminologia empregada por Orem (1985, 2001) para referir-se ao poder ou potencial do indivíduo para se engajar em operações essenciais de autocuidado. Essa capacidade, inerente a todo ser humano, começa a se desenvolver na infância, atinge certo grau de perfeição na fase adulta e declina com o avançar da idade. Tem sido utilizada como um meio para exercer poder, habilidade. Tal habilidade é uma complexa característica humana adquirida para atender às necessidades continuadas de uma pessoa no que concerne ao cuidado que regula os processos vitais, de manter ou promover o bem-estar. Ela se desenvolve no transcurso da existência, dia a dia, através da aprendizagem espontânea, podendo sofrer mudanças a depender da condição de saúde, dos fatores que interferem na educabilidade, nas experiências vividas, conforme tais experiências oportunizem a aprendizagem, as influências culturais e a utilização de recursos no viver diário. Pode ser caracterizada em termos de habilidades e limitações (2001).

Compreendo que a competência do indivíduo para o autocuidado é percebida nas suas habilidades, atitudes, nos conhecimentos apreendidos e refletidos, no assumir responsabilidades, na mobilização de recursos e no vigor em engajar-se em ações transformadoras e inovadoras.

Neste estudo, a competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar foi utilizada para referir-se ao poder, à capacidade ou potencial que esta possui (desenvolvida ou em desenvolvimento) para se engajar em operações de autocuidado, com o objetivo de satisfazer suas necessidades continuadas de autocuidado de modo a regular seus processos vitais, a manter e promover sua estrutura, seu funcionamento e seu desenvolvimento enquanto ser humano integral. Tal poder está relacionado com o estágio de desenvolvimento da gestante, podendo variar de acordo com uma multiplicidade de fatores. Essa habilidade é representada por um conjunto de componentes físicos, cognitivos, afetivos e ambientais, os quais se apresentam inter-relacionados, interdependentes e articulados de forma dinâmica.

No universo do presente estudo pude constatar que o poder, o potencial que as mulheres apresentavam para se engajar em operações de autocuidado delineou-se de acordo com o explicitado no marco conceitual e nos demais estudos encontrados na literatura. Nesse sentido, constatei que esse poder apresentou variações importantes de mulher para mulher, em decorrência do contexto no qual estavam inseridas, da especificidade, singularidade e das circunstâncias vividas. Tais variações mantinham forte relação com vários fatores e envolviam os diferentes componentes desse conceito: físicos, cognitivos motivacionais e ambientais, conforme categorizaram diferentes autores (ISENBERG, 1986; GAST, 1983).

Neste estudo as mulheres que vivenciam o processo de gestar apresentaram competência para o autocuidado em relação aos requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde. Tal constatação é oriunda das operações para a identificação da demanda terapêutica para o autocuidado, conforme preconiza Orem (2001), e adotada durante a implementação das diferentes etapas do processo de enfermagem em meio à consulta de enfermagem pré-natal.

6.1.1 Categorias convergentes referentes as principais competências para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de cuidar.

Para melhor entendimento, apresento em forma categorias as principais competências para o autocuidado apresentadas pelas gestantes, quanto aos requisitos universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde.

Categoria 1. Capacidade física, cognitiva, motivacional e ambiental para engajar-se em ações de autocuidado relativas à manutenção do influxo de ar, ao influxo suficiente de alimentos e ao equilíbrio entre atividade e repouso.

Com relação às principais competências para o autocuidado apresentadas pelas gestantes quanto aos requisitos universais, destacam-se: capacidade física, cognitiva, motivacional e ambiental para engajar-se em ações de autocuidado relativas à manutenção do influxo de ar, conforme pode ser identificado nas falas de Borboleta, Lua e Alecrim a seguir:

Quando a mãe e meu marido fumam perto de mim ou de nosso filho, eu expulso eles de casa. Sei que faz mal, a criança pode nascer com falta de ar. (Borboleta).

Essa tosse aparece às vezes, acho que é do fogão a lenha. O pai e a mãe querem colocar o cano, mas agora não tá dando, ele trabalha de bico de pedreiro e a mãe passa roupa pra minhas tias e em troca ganha só comida e não dinheiro. (Lua).

No início da gestação fumava mais, nem me lembro quanto, acho que de 15 a 20 cigarros no dia. Agora tem dias que consigo fumar só cinco. (Alecrim).

Identifiquei essa competência para o autocuidado em todas as mulheres que participaram do estudo, e elas foram unânimes em manifestar conhecimento acerca da contra-

indicação do uso do tabagismo durante a gestação. Porém, duas das gestantes do estudo manifestaram mais informações sobre os efeitos do tabagismo no organismo materno-fetal, então a intervenção necessária foi o suporte educativo. Dialogamos e discutimos sobre os malefícios do fumo de modo geral e da inalação de fumaça para o desenvolvimento fetal e para a saúde materna, com sensibilidade e compreensão.

Enkin et al. (2005) enfatizam os efeitos prejudiciais do tabagismo materno sobre o feto. Comentam que, em virtude desse hábito, o feto nasce com peso reduzido, de parto difícil, e que o tabagismo interfere na duração do aleitamento materno.

Utilizaram-se principalmente estratégias comportamentais como a motivação e estabeleceram-se metas, no caso de Alecrim, para diminuir o consumo de tabaco, tais como: desafio de, a cada consulta realizada, diminuir o consumo entre dois e três cigarros ao dia. Percebi que, ao motivar Alecrim com relação à prática de autocuidado, ela enfrentou essa fragilidade e se comprometeu em conjunto com o profissional.

Concordo com Enkin et al. (2005) quando comentam que as estratégias comportamentais reduzem consideravelmente a proporção de tabagistas maternas que permanecem com esse hábito, em comparação com a atenção pré-natal padrão. São muito mais eficazes do que a orientação pessoal suplementada por material escrito ou orientações isoladas sem a participação das mulheres.

Outra competência para o autocuidado identificada, relacionada aos requisitos de autocuidado universais, foi a capacidade física, cognitiva, motivacional e ambiental para engajar-se em ações de autocuidado relativas à manutenção do influxo suficiente de alimentos:

A mãe me falou que comer couve-mineira e laranja é bom pra evacuar... antes comia muito lanche e não comia feijão e beterraba, agora, mesmo não gostando muito, como e também fígado de boi. (Lua).

[.....] me falaram pra comer por dois, gosto bastante de frutas, como todas, não como alface pra não dar cólica no nenê. (Estrela).

Mesmo com as restrições alimentares apresentadas pelos sujeitos participantes do estudo, em decorrência das condições socioeconômicas e dos déficits de conhecimentos, todas apresentaram motivação e atitude para acrescentar alimentos mais saudáveis e ampliar seus conhecimentos acerca da ingestão nutricional adequada e de formas de reaproveitar alimentos no período gravídico-puerperal. E principalmente foi identificado em todas as mulheres um estado nutricional adequado para a idade gestacional, utilizando-se o gráfico de nomograma,

peso, altura e idade gestacional sugerido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) para avaliação do estado nutricional. Todas consumiram ácido fólico no primeiro trimestre de gestação e iniciaram no segundo trimestre o consumo de sulfato ferroso, conforme a indicação médica.

Com relação ao ganho ponderal, Cunningham (2000) ressalta que, no evento fisiológico da gravidez, a mulher tem o acréscimo de aproximadamente 9 kg, decorrentes do feto, da placenta, do líquido amniótico, da hipertrofia uterina, do aumento do volume sanguíneo materno, do aumento da mama e do líquido extracelular e extravascular. Rezende e Montenegro (2006) relatam que o ganho total de peso na gestação seja em torno de 11 kg.

Para Enkin et al. (2005, p.21):

Os limites à ingestão nutricional, impostos por restrições econômicas, educacionais, sociais ou de outro tipo, tendem a ser acompanhados por outros estresses, como exposição à infecção, necessidade de trabalho físico, más condições de moradia ou rompimento familiar.

Vale destacar que neste estudo os sujeitos não foram expostos a fragilidades biológicas ou outras em função da ingestão nutricional.

Ainda com relação aos requisitos universais de autocuidado, resalto as falas referentes à competência: capacidade motivacional e ambiental favorável à manutenção ao equilíbrio entre atividade e repouso.

A gente vai pra cama por volta das dez horas, depois da novela, eu só durmo lá pela uma hora, fico pensando em besteira, aí me mexo toda hora e meu marido reclama muito. Às vezes fico só uma hora acordada, às vezes fico mais, aí acordo às oito pra fazer café pra ele e volto pra cama, só saio às dez horas. À tarde, quando dá, durmo também. (Borboleta).

Eu durmo muito, só não durmo mais porque meus irmãos fazem bagunça. (Lua.)

Se eu puder, eu durmo bastante, mas tenho que levar o filho pra creche de manhã, quando posso volto a dormir. Não era assim de dormir tanto. (Estrela).

Às vezes quero fazer as coisas, mas dá uma preguiça, não gosto muito. (Alecrim).

Os desconfortos providos da gestação são encarados por algumas mulheres como problemas patológicos. (ZAMPIERI, 2005).

Enkin et al. (2005) comentam que, mesmo a gestante de baixo risco apresentando

alguns desconfortos, essa gravidez é considerada saudável. Porém, alguns sintomas são classificados de sintomas leves, e em muitos momentos modificam o comportamento e estilo de vida da gestante. Destaca-se que os cuidados preventivos e de alívio dos desconfortos são essenciais à atenção ao pré-natal.

A maioria dos sujeitos participantes (três) desse estudo referiram sonolência, variando de 10 a 14 horas diárias de sono.

Maldonado (2000) comenta que a sonolência no final da gestação é um desconforto comum na gravidez e que é uma atitude usada para confrontar os medos e inseguranças frente ao parto, ao bebê real e aos cuidados de puericultura.

Já Belfort (2000) aponta que a insônia pode ter causa na dificuldade de encontrar uma posição mais cômoda ao descansar, no medo e ansiedade frente ao trabalho de parto e puerpério e nos cuidados com o recém-nascido.

O déficit de competência apresentado pelas gestantes neste item se deu por apresentarem motivação parcial em manter o equilíbrio entre atividade e repouso.

Em alguns momentos durante o processo de gestar, as gestantes mostraram-se parcialmente motivadas, principalmente Alecrim, Borboleta e Lua. O período em que se encontravam, por serem gestantes adolescentes e estarem no contexto social e intelectual delicado, influenciou as atitudes frente ao equilíbrio entre atividade e repouso. Alecrim e Lua dormiam muito. Essas palavras são provenientes das críticas de familiares a respeito desse hábito das gestantes. Compartilhamos informações sobre as possíveis causas da sonolência e os cuidados necessários nesse momento, principalmente carinho e atenção.

Categoria 2. Capacidade física e cognitiva (parcial) e motivacional da gestante para atender requisitos de autocuidado relativos aos processos vitais e de desenvolvimento;

Nesta categoria relacionada à competência para o autocuidado quanto aos requisitos desenvolvimentais, evidenciou-se nas falas a gravidez indesejada.

Destacam-se as falas de Lua e Alecrim:

Eu achava que não podia engravidar, eu fazia essa besteira faz tempo, não gostei, mas não pensei em abortar, ele gostou quando recebeu a notícia que estava grávida (Lua).

Nós planejamos juntos a gravidez, e ele me apóia e me cuida demais, faz tudo pra mim, dá muita barda, só quero ver quando o bebê nascer, ele vai babar em cima. (Alecrim).

Concordo com Guimarães (2005) quando comentam que o contexto em que as gestantes adolescentes estão inseridas compõe um fator importante para compreender e orientar quanto à presença de gravidez no momento. Ressaltam ainda que a gravidez precoce acontece de forma inesperada, não planejada e indesejada.

Os dados desse estudo confirmam que das quatro gestantes do estudo, 3 três não planejaram a gravidez, porém percebeu-se que, à medida que o feto e seu corpo materno evoluíam, seu desejo por ela aumentava e seu comprometimento com o autocuidado também.

Depois que ele começou a mexer que caiu a ficha, aí comecei a me cuidar mais (Lua).

A gravidez na adolescência gera mudanças e alterações biológicas, mas principalmente socioeconômicas, familiares, emocionais – e, no caso específico, mudanças de papéis e responsabilidades.

Dentre os variados fatores que colaboram para que ocorra este fenômeno em grande número, destacamos a falta de objetivos encontrada nos jovens de classe social mais baixa, que acaba vislumbrando num filho a chance de ter um projeto de vida, além de encontrar a oportunidade de constituir uma identidade, uma vez que não consegue se inserir na vida profissional. Outras condições também se encontram presentes na vida desta população que engravida neste período, tais como lares desestruturados e com pequeno nível de comunicação entre pais e filhos. (NETO, 2008b, p.1).

Compartilho com Neto (2008b), pois duas gestantes da amostra deste estudo durante a prática assistencial investigativa demonstraram através das falas e de seus comportamentos a falta de comunicação entre pais e filhos e a repetição do modelo. De todas as gestantes adolescentes deste estudo, três nasceram quando suas mães eram adolescentes. Mesmo não estando contemplados esses itens no RCPN, considere importante discuti-los neste momento.

Neto (2008b) comenta ainda que, ao tratarmos sobre prevenção da gravidez, encontram-se pesquisas executadas por várias universidades e entidades públicas, como o Ministério da Saúde brasileiro, que revelam que grande parte da população tem tido a informação básica necessária sobre o uso de métodos contraceptivos e que, apesar de os adolescentes deterem esse conhecimento, acabam mantendo atividade sexual sem tomar os cuidados necessários e, assim, como que numa “loteria”, engravidam inesperadamente.

No que diz respeito ao número de consultas pré-natal e sua importância, identifiquei que os sujeitos participantes deste estudo realizaram de 6 a 8 consultas pré-natal, sendo 40% destas feitas por enfermeira obstétrica.

Recomenda-se que a gestante classificada como de baixo risco freqüente as consultas no pré-natal no mínimo seis vezes, alternando com o profissional médico e com o enfermeiro, além de participar de encontros educativos, entre outros (BRASIL, 2000).

Alecrim destaca que acha importante o pré-natal para o acompanhamento da criança, já Borboleta comenta que sua família e a agente comunitária de saúde cobram dela sua presença nas consultas e nos encontros educativos.

Outro dado importante é que duas das mulheres acompanhadas participaram de quatro encontros educativos, e as demais referiram pouca motivação para participar dos momentos de reflexão.

Ainda no mesmo item relacionado aos requisitos de autocuidado desenvolvimentais, discutimos sobre as expectativas frente ao parto e ao pós-parto, o que pode ser constatado nas seguintes falas:

Imagino que vai ser igual aos outros, vou sofrer bastante de novo, meu primeiro era bem grandão, tinha 3,6 kg, acho que é por isso. (Estrela).

Tenho medo, vou sofrer, mas é só naquela ora, depois passa. (Lua).

Tô sofrendo antecipado, minha tia disse que tem que fazer a lavagem, e minha prima até precisou de anestesia. (Alecrim).

Todas as mulheres trouxeram em suas falas suas expectativas, a maioria trazendo o sofrimento como destaque no período do transparto. Ao mesmo tempo manifestaram através do desenho a beleza sobre como se sentem gerando um feto. O acompanhante estava presente, e todas estavam motivadas para solicitar a presença dele na instituição de referência pública. Nesta instituição o direito de acompanhar o parto, previsto na Lei nº 11.108 de 5 de dezembro de 2005, ainda é um ato de dialogicidade entre equipe e clientela, ou seja, nem todas as mulheres têm oportunidade que o acompanhante exerça seu papel, em decorrência de velhos hábitos de alguns profissionais médicos – vale destacar que houve uma sensível modificação com a entrada de enfermeiras obstétricas.

Hoje em dia o parto não é visto como um processo fisiológico pelo qual ocorre a expulsão do conceito por meio de contrações uterinas rítmicas e intensas. É visto como um processo complexo, que provoca mudanças fisiológicas e psicológicas significativas, se estendendo aos familiares. Evento este vivenciado num contexto cultural e sendo influenciado por ele.

Destaco aqui a importância de a enfermeira obstétrica, além de adquirir

conhecimentos técnico-científicos, oferecer apoio emocional e afetivo necessário durante todo o processo de nascimento. Destaco também a relevância de o enfermeiro pré-natalista compreender esse evento complexo abordando em seu processo de cuidar formas de lidar com as expectativas e perspectivas perante o parto, lembrando que o processo de cuidar tem de ser único para cada mulher e não se deve generalizá-lo.

O item B.1.1b do roteiro de consulta pré-natal aborda os aspectos cognitivos do autocuidado. Nele destaca-se a prática de autocuidado apontada pelas mulheres para vivenciar a gravidez de uma maneira mais saudável: prática de autocuidado da alimentação, hidratação, evitar vícios e descansar.

Categoria 3. Capacidade física, cognitiva e motivacional (parcial) da gestante para engajar-se em ações de autocuidado relativo ao planejamento familiar e ao período gravídico-puerperal.

Observei que a prática de autocuidado identificada pelos sujeitos participantes está muito atrelada ao conceito de saúde que possuem e o contexto em que estão inseridas. Partindo disso, dialogamos sobre a dimensão da definição de saúde e doença, não impondo um conceito fechado, mas sim as instigando a refletir sobre a definição de saúde descaracterizando somente a visão biológica. Nesse momento já se abordava e se trabalhava o item c do RCPN, referente aos requisitos de desvio de saúde.

Ressalto a fala de Borboleta no início do processo de cuidar, em que comentava que a saúde era ausência de doença, definição já bem conhecida entre nós profissionais de saúde e que criticamos fervorosamente. No quarto encontro com Borboleta destaco sua fala:

Dani, você falando desse jeito, parece que saúde é a gente viver bem com o marido e com a família, é comer direitinho, é passear. (Borboleta).

Quando comento sobre o apoio familiar para a prática do autocuidado, destacou a cultura machista, em que a mãe estimula mais a filha a realizar o autocuidado e os homens são pouco motivados a participar do processo de cuidar do seu cônjuge. Percebo que na cultura lageana o machismo é muito forte. É antiga terra de coronéis, onde o homem era provedor do sustento e das decisões familiares.

Sobre o reconhecimento da importância do autocuidado no período gravídico-puerperal, sobressaíram os seguintes cuidados destacados pelas mulheres e trabalhados durante o processo de cuidar pelos envolvidos:

- Promoção do aleitamento materno, especificamente as vantagens do aleitamento e direitos;
- Adaptação psicológica do trinômio, mãe- pai –filho;
- Regressões anátomo-fisiológicas do corpo materno;
- Cuidados de puericultura, enfatizando o acompanhamento, esquema vacinal entre outros;
- Tabus e mitos. Os mais comuns foram a “quarentena”, quarenta dias sem lavar o couro cabeludo, moeda no coto umbilical e faixa umbilical.

Usdin e Lewis (1981) referem que momentos como a gestação, o parto e o puerpério fazem a mulher defrontar-se com questões e desafios novos que requerem adaptação e geram o aparecimento de conflitos não resolvidos de fases anteriores, podendo oferecer a possibilidade de um maior crescimento e maturação através da superação dos conflitos existentes.

Benson (1970) enfatiza que a assistência pré-natal oferece oportunidades valiosas, tais como assistir a mulher de maneira adequada no período gestatório e principalmente no pré-parto, fazendo ajustes e prevenindo não só questões fisiopatológicas como emocionais.

Durante a gravidez a mulher passa por muitas transformações, tanto em seu corpo como em seu estado psicológico. Por isso tanto ela quanto seu companheiro ou familiares devem estar atentos para essas transformações, procurando esclarecê-las conjuntamente com seu médico e a enfermeira das instituições de saúde.

Com relação à realização do planejamento familiar, os dados coletados nos mostram que das quatro mulheres, três já utilizavam em algum momento contraceptivo oral disponibilizado pela unidade de saúde da família, porém, em virtude de apresentarem reações adversas, substituíram-no pelo preservativo masculino, confirmando que não era rotineiro seu uso. Somente uma das mulheres utilizava preservativo masculino, mas não em todas as relações sexuais. Ao serem questionadas sobre conhecimentos acerca de métodos contraceptivos, três relataram que conheciam, além de contraceptivo oral e preservativo masculino, contraceptivo injetável e dispositivo intra-uterino. Utilizei como forma o sistema de suporte educativo, utilizando kit amostra de contraceptivos e material ilustrativo, com os quais dialogamos sobre os principais métodos contraceptivos disponibilizados pela rede pública. As principais dúvidas eram referentes aos métodos utilizados no puerpério, entre eles a utilização do dispositivo intra-uterino, a realização da vasectomia e laqueadura e sua disponibilidade na atenção primária. Reforcei sobre os benefícios do aleitamento materno

também como forma contraceptora associando, entre outros, a mini-pílula e principalmente a atitude de procurar o enfermeiro e/ou o médico para discutir qual seria o método contraceptivo mais adequado.

Durante o processo de cuidar em enfermagem, procurei potencializar as relações humanas, tornando-o um processo terapêutico, utilizando o conhecimento e a criatividade, visando à singularidade de cada momento, seja nas consultas de enfermagem pré-natal, nas visitas domiciliares, na reunião com a equipe ou mesmo no corredor da unidade de saúde.

Contribuiu-se nas diversas ocasiões apresentadas na promoção de uma reflexão em conjunto sobre alguns conceitos e definições outrora rígidos pelo hábito e pela cultura. Tornou-se necessário desenvolver uma prática humanizada, competente, proporcionando à mulher que vivencia o processo de cuidar uma assistência de qualidade, com envolvimento, compromisso, ética e solidariedade, em que há uma postura profissional com a qual ela se sinta à vontade para manifestar suas ansiedades, expectativas e medos.

6.2 CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA O FORTALECIMENTO DA COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR

Embora o autocuidado seja inerente aos seres humanos, Orem (1985) identifica situações nas quais a enfermeira assume o papel de agente de autocuidado para aquelas pessoas que estão total ou parcialmente incapazes de desempenhar autocuidado. Com base nessa constatação, Orem (1985, 2001) introduz em sua teoria o conceito de competência da enfermagem para agenciar o autocuidado, que consiste na capacidade ou potencial que a enfermagem possui para desempenhar ações de autocuidado para, pelas e com as pessoas. Esse conceito inclui componentes e indicadores tais como conhecimento de enfermagem, repertório de habilidades pessoais e sociais, interpessoais, bem como a motivação e o desejo de cuidar.

No presente estudo, ao me inserir na equipe de saúde como enfermeira no processo de cuidar na prática assistencial e como pesquisadora pautada na teoria do autocuidado de Orem e na modalidade de Pesquisa Convergente-Assistencial, respectivamente, percebi o quanto esta experiência trouxe contribuições não só para o fortalecimento da competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar, como também para o

aprimoramento da minha competência profissional.

Quando me reporto às contribuições da enfermagem para o fortalecimento da competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar, primeiramente me refiro ao comprometimento consigo, como profissional, com o serviço, com a equipe, com a clientela e com a rede de apoio necessária. Todo esse comprometimento está embasado no que você realmente é e no que acredita ser o seu papel enquanto profissional – nas suas crenças, nos seus valores, na sua maneira de olhar a vida e como interage com ela. Destaco nesse momento a motivação para o trabalho, a alegria, a valorização profissional, as condições necessárias, sejam físicas e/ou interpessoais para desempenhar nossas atividades, o acolhimento, a humanização, o conhecimento, a ética profissional. Todos esses tópicos são essenciais durante o processo de cuidar em enfermagem, porém somos seres que nos adaptamos às circunstâncias. Circunstâncias estas que nos são apresentadas conforme o contexto em que estamos inseridos para desempenhar nosso papel, seja geográfico, sociocultural, entre outros.

Para estabelecer um vínculo terapêutico com a mulher que vivencia o processo de gestar é imprescindível que a enfermagem possua uma facilidade em se comunicar – não somente a comunicação verbal, mas a não-verbal, através da observação, percepção, intuição – e esteja ciente de que é um processo bilateral. Identifico essa atitude como uma forma de potencializar a relação, tornando-a mais especial, significativa e singular. Assim, o enfermeiro que sabe ouvir, escutar, perceber e interagir pode evitar que obstáculos pessoais, as diversidades culturais, de linguagens, de comunicação, e as limitações físicas, organizacionais e educacionais sobreponham seu objetivo, que é estabelecer um vínculo terapêutico expressivo.

Deve-se privilegiar no desenvolvimento de sua prática assistencial e investigativa um espaço físico e ambiental acolhedor, onde a mulher possa interagir, refletir sobre sua saúde e adotar práticas e hábitos saudáveis, realizando mudanças e proporcionando inovações em seu viver.

Stefanelli (1992) comenta que os enfermeiros precisam se permitir buscar auxílio em desenvolver meios, instrumentos, técnicas, habilidades, capacidade e competências para oferecer a oportunidade de uma existência mais digna, mais compreensiva em seu dia-a-dia. Afirma que é por meio da comunicação estabelecida com o cliente que podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão de mundo, isto é, seu modo de pensar, sentir e agir.

Para efetivar o vínculo terapêutico, a enfermeira tem de buscar subsídios teóricos e metodológicos que norteiam o desenvolvimento da prática assistencial e se apoderar dele. Ao

sistematizar sua assistência, a enfermeira deverá experimentar a identificação do simbolismo do cuidado, permitindo elencar atitudes e habilidades que favoreçam o ser humano a verbalizar, analisar e modificar suas ações frente ao autocuidado, caso seja necessário.

Bem sabemos que, em nosso país, enfrentamos múltiplas circunstâncias e/ou fragilidades que desmotivam o profissional enfermeiro em realizar suas funções. ressalto algumas fragilidades:

- no sistema de saúde;
- nas políticas públicas;
- no gerenciamento público e na gestão de recursos humanos e financeiros;
- na rede assistencial de apoio;
- no relacionamento interpessoal;
- no suporte social e educacional;
- no apoio para realização de cursos de aperfeiçoamento;
- no apoio psicológico para os profissionais de saúde;
- na valorização financeira, entre outras.

Compreendo a magnitude dessas circunstâncias, mas elas não podem sobrepôr à sua competência em identificar, instigar, articular, acolher, humanizar, participar, democratizar, mobilizar, agir e assumir o papel que temos. Somos referência para aquelas pessoas que nos procuram, temos o dever de oferecer uma assistência alicerçada no respeito, na ética, no conhecimento, na democracia e na esperança. **Para tudo isso, tem de haver comprometimento consigo, com a profissão, com o serviço, com a clientela e com a rede de apoio.** Deve-se estabelecer estratégias utilizando os recursos e/ou técnicas apropriados, ambiente adequado, favorecendo assim a identificação da competência e seu fortalecimento, caso necessário.

Apóio-me em Orem (1995, 2001) quando salienta a relevância de algumas características e comportamentos sociais e interpessoais necessários para agenciarmos o sistema de autocuidado e fortalecermos a competência para o autocuidado – neste estudo específico, das mulheres no processo de gestar. A autora destaca que devemos respeitar e compreender as diversidades culturais, econômicas e sociais, ser gentil, ter responsabilidade em prover e operacionalizar cuidados de enfermagem, apresentar habilidades ajustáveis e adaptáveis segundo a idade e a situação econômica e intelectual, estar confiante e motivada, aprofundar seus conhecimentos dentro da competência da enfermagem, etc.

A partir da demanda terapêutica de autocuidado, o enfermeiro utiliza um processo de

investigação e avaliação, ajustando as condições do indivíduo em desempenhar ações para o autocuidado e a tecnologia requerida, seqüenciando ações compatíveis ao tempo proposto. O modelo teórico sugerido por Orem, além de guiar as ações do processo de cuidar em enfermagem, facilita que o enfermeiro se reconheça como um orientador no processo de cuidar, identificando, agenciando, planejando, interagindo, valorizando e avaliando as ações para o autocuidado que o indivíduo exerce sobre sua vida, sua saúde e bem-estar.

Enfim, percebo a nossa grande responsabilidade em ser enfermeiros, mas enfermeiros capazes não só em desempenhar funções e tarefas, mas que exerçam autonomia, cidadania, solidariedade, ética, diplomacia, reivindicando seus direitos com responsabilidade e **COMPROMETIMENTO**.

Muitos são os obstáculos em nossa caminhada, porém, quando alcançamos a linha de chegada, os objetivos alcançados se evidenciam, ocultando as fragilidades que porventura foram vivenciadas.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ser humano capta valores e significados e não apenas fatos e acontecimentos. O que definitivamente conta não são as coisas que nos acontecem, mas o que elas significam para a nossa vida e que experiências elas nos propiciam (BOFF, 2009, p. 1).

Orientada na investigação pela Pesquisa Convergente-Assistencial, de natureza qualitativa, retomo os objetivos deste estudo em que busquei identificar a competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar a partir de uma prática assistencial desenvolvida com as mesmas e identificar de que modo a enfermagem pode contribuir, durante o processo de cuidar, para o fortalecimento da competência para o autocuidado das mulheres que vivenciam o processo de gestar.

Tendo como compromisso reafirmar a inserção da enfermeira na área da atenção obstétrica, e em especial na atenção às gestantes, procurei a renovação e melhor qualificação da prática assistencial no cenário estudado, alimentada na crença de que é necessário inovar rompendo com os modelos tradicionais de atenção vigentes, para voltar o agir profissional àquilo que é de fato mais significativo na vida das pessoas.

Neste breve percurso, desenvolvi novas habilidades e competências o que determinou em mim nova postura profissional, renovando e organizando meu conhecimento através da busca constante de estudos na literatura, articulando e inserindo o referencial teórico-metodológico na prática.

A teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem adotada como referencial teórico, mostrou-se extremamente útil não só para o fortalecimento da competência para o autocuidado das gestantes, como também da competência da enfermeira-pesquisadora em gerenciar o sistema de autocuidado. Os pressupostos teóricos concretizados na prática e os conceitos delineados no marco conceitual mostraram-se coerentes, consistentes e aplicáveis ao contexto do estudo, renovando minhas concepções de ser humano, meio ambiente, enfermagem, saúde e doença, processo de cuidar e de gestar, além dos conceitos específicos da teoria do autocuidado.

A implementação do marco conceitual na prática assistencial e investigativa,

possibilitou um exercício profissional ao mesmo tempo que desafiador, enriquecedor e estimulante. Provido de uma vontade incondicional de desenvolver uma pesquisa que utiliza-se um modelo teórico-metodológico que possibilita-se em sistematizar as atividades de cuidar construindo um conhecimento para o contexto assistencial coletivo, buscando estratégias, valorizando o espaço das relações e refletindo o saber fazer x saber pensar.

O meu envolvimento crescente com a prática assistencial e investigativa, resultou em profundas transformações, solidificando a assistência antes com fragilidades e hoje mais madura e com cientificidade.

Optar pela metodologia de Pesquisa Convergente-Assistencial neste estudo consolidou os propósitos do desenho e da pesquisa. Destaco os propósitos de resolver e ou modificar problemas, realizar mudanças e facilitar inovações, comprometimento em beneficiar o contexto assistencial, que identifica o enfermeiro como profissional/pesquisador, possibilitando que ele tenha atitude crítica dentro de seu trabalho, que valorize os espaços das relações requerendo que o profissional se comprometa em relacionar o processo de cuidar na pesquisa, entre outros.

Os resultados desse estudo sugerem refletir sobre a atuação da enfermeira no contexto da atenção primária, especificamente na relevância do papel do enfermeiro em sistematizar a assistência de enfermagem utilizando um modelo teórico-metodológico que contemple de maneira integral a mulher que vivencia o processo de gestar.

Como é possível observar os achados deste estudo, há casos especiais de gestantes que ao serem ouvidas, compreendidas, e valorizadas se tornaram mais fortalecidas para realizar ações voltadas para a sua saúde e bem estar. Foi a partir desse processo que foi identificado a competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar. Neste estudo evidenciou-se que as mulheres mesmo apresentando nível socioeconômico delicado, contextos vivenciais, familiares, culturais e educacionais distintos, mostraram-se capazes de exercer sua autonomia no processo de autocuidar-se, de desempenharem papel de protagonista de seu cuidado, se sentindo segura em optar pelos cuidados que elencou juntamente com a enfermeira no momento oportuno e principalmente inovar e repensar suas ações para sua saúde e bem estar. A competência para o autocuidado da mulher é compreendida a partir de um conjunto de linhas de pensamentos, de atitudes e habilidades que resultam em práticas executadas e refletidas para o seu próprio benefício.

È importante ressaltar que ao identificar os déficits de competência de autocuidado da mulher, a enfermeira classifica as necessidades das clientes frente ao atendimento da demanda terapêutica do autocuidado, determinando ou não a intervenção de enfermagem,

motivando a clientela a descobrir suas potencialidades para a prática do autocuidado, empregando métodos e técnicas apropriados, com base no planejamento e a sistematização do processo de enfermagem de Orem.

As intervenções de enfermagem durante o processo de cuidar se deram de forma seqüencial, primeiro a mulher identificava o porquê que estava realizando tal atividade, suas repercussões e benefícios em seu dia a dia, colocava em pratica o que foi proposto, o que posteriormente resultou na autoavaliação da mulher e da enfermeira. Destaco o sistema que evidenciou-se, o de suporte educativo, a enfermeira auxiliando a mulher a adquirir habilidade, o poder em decidir o seu cuidado e controlar as necessidades de autocuidado.

O processo de cuidar em enfermagem no pré-natal proposto neste estudo identificou a competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar a partir da subjetividade do cuidado, considero uma atividade que requer conhecimento, relacionamento interpessoal adequado, humanização e acolhimento, interação alicerçada na confiança, respeito, ética, criatividade, motivação e cientificidade.

A enfermagem pode contribuir para o fortalecimento da competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar, de várias maneiras, a partir do momento que ela se comprometa consigo, com a profissão, com o serviço, com a clientela e com a rede de apoio. Que ela mantenha algumas atitudes, habilidades para despertar nas mulheres sua vontade de realizar ações em seu próprio benefício. Esse processo de enriquecimento pelas experiências vividas e dialogadas, requer um empenho de energias de ambos os lados. As relações embasadas na necessidade de construir conhecimento através da reciprocidade, interação e da socialização são fundamentais.

Indispensável também são as estratégias utilizadas no compartilhamento das informações obtidas com os envolvidos no decorrer do processo da pesquisa, utilização de métodos combinados de assistência: de coleta e análise de dados, criação de alternativas para a receptividade e continuidade da implementação de mudanças/ inovações em construção. (TRENTINI; PAIM, 2007).

Rios e Vieira (2007) trazem que é competência da enfermeira acolher a gestante. Acrescento que é competência da enfermagem valorizar as emoções das mulheres, conhecer sua história, conhecer sua família, transmitir segurança e adotar e refletir práticas que inseri a mulher como principal agente de sua saúde utilizando a pratica de autocuidado, de uma forma contextualizada a assistência de enfermagem no pré-natal colabora para que a mulher tenha uma atenção integral durante o período gravídico.

O enfermeiro em muitos momentos se faz necessário, mas no desenvolvimento da

consulta de enfermagem pré-natal especialmente, sistematizando a assistência, estabelecendo diagnósticos de enfermagem, para posteriormente planejá-la, bem como realizar estudos para avaliar a assistência, contribuindo para o avanço da qualidade do processo em cuidar em enfermagem.

O espaço da consulta de enfermagem pré-natal e das visitas domiciliares demonstrou ser apropriado. Neles constatei que além de ser uma atividade privativa da enfermeira proporciona condições de atuar de forma direta e independente com a mulher que vivencia o processo de gestar, qualificando dessa maneira sua autonomia profissional. Sistematizando a assistência, determinando o diagnóstico de enfermagem e elaborando um plano assistencial. Nesses espaços houve a participação de todos os envolvidos, trocando informações, experiências, orientações exigindo reflexões e tomadas de decisão. Exigindo do profissional linhas de pensamento para desempenhar ações que beneficiam a mulher.

Enfim, espero que esse estudo tenha colaborado não somente para identificar a competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar, mas por reconhecer em nós enfermeiros membros da equipe de enfermagem necessidades de ampliar conhecimentos sobre a temática do estudo, e considerarmos o quanto temos a aprender, discutir e refletir sobre as diversas maneiras de cuidar da mulher no processo de gestar e favorecer que as mudanças e inovações se estabeleçam.

Destaco que durante a trajetória assistencial e investigativa não vivenciei dificuldades pontuais que pudessem prejudicar o transcurso do estudo, todos os obstáculos já eram perfeitamente conhecidos, a realidade social e cultural da comunidade, minha distância. Ressalto que a equipe de saúde da família do bairro centenário me oportunizaram em exercer uma autonomia nunca vivida antes, desde o início de nosso relacionamento. Muitos se foram outros foram chegando, e o nosso comprometimento lá! Afinal é o laço que nos aproxima, o **comprometimento**.

REFERÊNCIAS

- ALEGRIA, F.V.L et al. Gravidez na adolescência: estudo comparativo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.23, n6, p. 473-477, 1986.
- BASSO, J.F. **Reflexões de um grupo de gestantes e acompanhantes sobre a participação ativa no parto e nascimento**, 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.
- BELFORT, P. Medicina preventiva: assistência pré-natal: In: REZENDE, J.D. **Obstetrícia**. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2000. p.260-275.
- BENSON, R.C. **O puerpério. Manual de Obstetrícia e Ginecologia**. Editora Koogan. Rio de Janeiro, 1970.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus** – Estatísticas. Disponível em: <www.datasus/indicesdenatalidade> Acesso em 23/01/2006.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Assistência e Promoção da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. **Plano de ação para a redução da mortalidade materna**, Brasília, 1995a.
- _____. Ministério da Saúde. Coordenação Materno-infantil. Oito passos para a Maternidade Segura: guia básico para serviços de saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 1995b.
- _____. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas reguladoras de pesquisas com seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**: informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000, 18p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde**. Brasília: OPAS. Organização Pan-Americana de Saúde, 2002 a, 116p.
- _____. Indicadores básicos de saúde do Brasil: conceitos e aplicações. Rede Interagencial de informações para a Saúde-RIPSA. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002b, 299p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, 199 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p., il, (Série C. Projetos,

Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, 822 p., il, (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 160 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portal da saúde**. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_textos.cfm?idtxt=24539> Acesso em 14/04/2008.

_____. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. Presidente da República. Diário oficial (DOU) da República Federativa do Brasil de 26.06.86, Poder executivo, Brasília, DF, jun.1986. Seção I, p. 9.273-9.275. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/2007/materiais.asp?articleID=22§ionID=35> Acesso em 01/06/2008.

_____. **Lei n. 11108, de 7 de abril de 2005**. Garanti às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS: Brasília. Disponível em: <www3.dataprev.gov.br/sistex/paginas/42/2005/11108.htm>

_____. **Resolução COFEn 159/ 1993, de 19 de abril de 1993**. Regulamentação da consulta de enfermagem. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br/2007/materiais.asp?articleID=7028§ionID=34> Acesso em 10/10/2008.

_____. Indicadores e dados básicos para a saúde: nascimentos no Brasil. Rede Interagencial de informações para a Saúde- RIPSa. Disponível em: <www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2007/tema.pdf> Acesso em 21/09/2008 .

_____. Ministério da Saúde. Avaliação nacional do programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Rev. de Saúde Pública**, São Paulo v.42, n.2, p....2008.

CALDERON, I.M.P et al. Intervenções benéficas no pré-natal, prevenção da mortalidade materna. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet**, Rio de Janeiro v.28, n5, p. 310-315, maio. 2006

CAPARROZ, S.C. **O resgate do parto normal**: contribuições de uma tecnologia apropriada. Joinville, 2003.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promoção/uploadArq/Ottawa/pdf/>>. Acesso em: 01 nov. 2008.

CASTRO, J.C.; CLAPIS, M.J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto v.13,

n.6, p. 960-967, nov/dez. 2005.

COSTA, A. M. et al. **Saúde materna**: componente essencial dos direitos reprodutivos. Rede Nacional dos Direitos Reprodutivos. São Paulo, 1997.

COSTA, M. C. O. et al. **Condições de gestação, parto e nascimento em adolescentes e adultas jovens: Santa Casa**. Adolesc. Latinoam, Porto Alegre, v.1, n 4 , 1999. Disponível em: http://ral-adolesc.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-71301999000100006&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 02 dez 2008.

CUNNINGHAM, F.G. et al. Williams Obstetrícia. 20 ed. Rio de Janeiro, GuanabaraKoogan, 2000.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n 3, p.669- 705, maio.2005.

D'ORSI, E. et al. Qualidade da atenção ao parto em maternidades do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública** , São Paulo, v. 39, n. 4, 2005 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 Abr 2008.

ENKIN, M. et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

EXLEY, H. **Palavras sobre maternidade**. São Paulo: ARX, 2000.

FAWCETT, J. **Contemporary nursing knowledge**: analysis and evaluation of nursing models and theories. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2ª edição, cap. 8, pp. 223-314, 2005.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Atenção qualificada durante o parto. Rio de Janeiro (RJ): FEBRASGO; 2004.

FREITAS, F; COSTA, S. M.H; RAMOS, J. G.L. et al. **Rotinas em obstetrícia**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FORMIGA, F.A. **Repensando o parto humanizado junto à equipe do Centro Obstétrico do hospital Geral e Maternidade Tereza Ramos através do processo educativo e da prática assistencial**. 2004. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem). Curso de Graduação em Enfermagem da UNIPLAC. Lages, SC. 2004.

FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P. D.E.O. In: GEORGE, J.B. et al. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. Cap. 7, p. 90-107.

GAST, H.L. et al. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations. Adv Nurs Sci. v.12, n 1 p. 26-38, 1989.

GUIMARÃES, G. P. **A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou baixo peso no método mãe-canguru**: uma contribuição da enfermagem, 2006. Dissertação (Mestrado

em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

GUIMARÃES, G. P. Gravidez na adolescência. In : ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais**. Florianópolis:UFSC/NFR,2005.

GHISLERI, D.L.S. **Consulta de enfermagem pré-natal**. Mini-curso proferido na 66ª Semana Brasileira de Enfermagem e 6ª Semana Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Planalto Catarinense, 19 mai. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Comentários. Brasília Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatisticas/populacao/registrocivil/2002comentarios.pdf>>. Acesso em 01 dez 2008.

INEP. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Uberlândia Disponível em < [http:// www.inep. gov.br/pesquisa/bbe-online/det.asp?cod=51585&type=p](http://www.inep.gov.br/pesquisa/bbe-online/det.asp?cod=51585&type=p)> Acesso em 01 dez 2008.

ISENBERG, M. Theoretical analysis of ESCA scale as a valid measure of exercise of self care- agency. Proceedings of the International Nursing Research Conference, New Frontiers in Nursing Research, University of Alberta, Edmonton, Canadá, 1986.

KIRCHNER, A. M.; RAMOS, C. R.; OLIVEIRA, D. M. **O autocuidado no período gestacional** 2003. Trabalho de Conclusão de curso – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

BOFF, L. Espiritualidade, dimensão esquecida. Disponível em: <www.cuidardoser.com.br/espiritualidade-dimensao-esquecida-e-necessaria.htm> Acesso em: 17 dez 2009.

LEOPARDI, M.T.; WOSNY, A.M.; MARTINS, M.L. Dorothea E. Orem. In: LEOPARDI, M. T. **Teorias de enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. cap.4, p. 74-80.

LOPES, N. V. **Parto domiciliar**. Disponível em: <www.amigasdoparto/prado>. Acesso em 23/08/2005.

MALDONADO, M. T. P. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. 15 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

MARTIN, E. **A mulher no corpo: uma análise cultural de reprodução**. Rio de Janeiro: Garamond, 2006.

MARTINS, A.P.V. **Visões do feminino: medicina da mulher nos séculos XIX e XX**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MOURA, F.M.J.P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n.4, jul/ago, 2007.

MONTICELLI, M.; SILVA, D. M. G. **Teorias de enfermagem**. Florianópolis: Departamento de Enfermagem – UFSC, texto elaborado para a disciplina de Fundamentação Teórica de Enfermagem, da 6ª. fase do Curso de Graduação em Enfermagem, 1997. Mimeografado.

NASCIMENTO, M. G. **Interesse e preocupações a respeito do parto**: gestantes presentes na unidade de pré-natal do amparo maternal. 1984. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Obstétrica) Curso de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1984.

NETO, E. T.S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materna no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010412902008000200011&script=sci_arttext&tlng=>>. Acesso em: 23 out 2008a.

NETO, A.C.S. Gravidez na adolescência. São Paulo. Disponível em: <www.psicopedagogia.com.br/artigos/artigo.asp?antrID=400> acesso em 07 dez 2008b.

NEWMAN, M. **Theory development in nursing**: Philadelphia, F. A. Davis Company, 1979.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Care in normal birth**; a practical guide. Maternal and newborn health / Safe Motherhood Unit.family and Reproductive Health. Genebra; World Health Organization. 1996.

_____. Saúde Materna e Neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. **Assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde. 2001

OREM, D.E. **Nursing**: concepts of practice. (com contribuição de Suzan Taylor e Kathie McLaughline Renpenning) 6 th ed. St Luis: Mosby Inc, 2001. 542p.

_____. **Nursing**: Concepts of practice. New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1971. 237 p.

_____. **Nursing**: Concepts of practice. 2. th edition, New York, Mc Graw-Hill Book Company, 1980. 232 p.

_____. **Nursing**: Concepts of practice. St Louis: Mosby Year Book Inc. 1995. 477 p.

_____. **Nursing**: Concepts of practice. 3.ed. New York Mc Graw-Hill Book Company, 1985. 303 p.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**. 10 ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.

RIESCO, M.L.G, Fonseca R.M.G.S. Elementos constitutivos da formação e inserção de profissionais não médicos na assistência ao parto. **Cad Saúde pública** Rio de Janeiro, 2002. v. 18, n. 3, p.685-698, maio/jun. 2002.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde. **Ciência Saúde Coletiva**. v.12, n.2, 2007.

ROSINSKI, T.C. et al. Nascimento atrás das grades: uma prática de cuidado direcionada a gestantes, puérperas e recém-nascidos em privação de liberdade. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v 5, n 2. 2006.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta Paul. Enferm.** São Paulo, v.20, n.2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 Set 2007.

SANTOS, E.K.A. dos. **A expressividade corporal do ser-mulher/mãe HIV positiva frente à privação do ato de amamentar**: a compreensão do significado pela enfermeira à luz da teoria da expressão de Merleau-Ponty. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

_____. **A mulher como foco central na prática do aleitamento materno**: uma experiência assistencial fundamentada na teoria do autocuidado de Orem, 1991. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

SANTOS, M.L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento um modelo teórico**, 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

SCHERER, L.M. **Compreendendo mulheres gestantes/puérperas com HIV/AIDS**: Contribuições para a superação dos Déficits de Autocuidado. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SCOTNEY, N. **Educação para a saúde**. São Paulo: Paulinas, 1981.

SERRUYA, S.J. et al. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Rev. Bras. de Saúde Matern. Infant.** Recife, v.4, n.3, p. 269-279, jul/ set. 2004a.

SERRUYA, S.J. et al. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do ministério da saúde: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública** Rio de Janeiro, v.20, n.5. 2004b. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=s0102-311x2004000500022&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 nov 2008.

SILVA, M.G. A consulta de enfermagem no contexto da comunicação interpessoal: a percepção do cliente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** Ribeirão Preto, v.6, n1, mês, p. 27- 31, 1998.

SOUZA, M. J. P. et al. O toque como elemento de comunicação parturiente/enfermeiro obstetra durante a assistência no pré-parto. **Nursing: revista técnica de enfermagem**. Edição Brasileira, São paulo, v. 5 n.47, p. 31-34, abr. 2002.

STEFANELLI, M.C. **Comunicação com o paciente: teoria e ensino**. São Paulo, EDUSP, 1992.

TAYLOR, S.G., GEDEN, E.A. **Foreword**. In: OREM, D.E. (com contribuição de Suzan Taylor e Kathie McLaughline Renpenning) St. Luis: Mosby Inc 6 th edition, 2001, pp. v-vi.

TEMPORÃO, J. G. **Brasil tem epidemia de cesarianas**. Disponível em: <http://www.abenforj.com.br/cms>. Acesso em: 30 maio, 2008.

TOMEY, A.M.; ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías**. Madri: Elsevier Science, 1999.

TORRES, J. A. A inserção da enfermeira obstetra na atenção ao parto e nascimento no setor suplementar. In: CONFERÊNCIA NO V CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL. **Anais...** Bento Gonçalves, 2007.

TORRES, G.V.; DAVIM, R. M. B.; NOBREGA, M.M.L. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Rev. Latino-am Enfermagem**, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br> Acesso em: 07 out. 2006.

TORNQUIST, C.S. **Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil**. 2004.429 p. Tese (Doutorado em Antropologia) Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2004.

_____. **Pesquisa convergente-assistencial**. Mini-curso proferido no 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 01 jun.2007.

TURATTO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2003, 685 p.

USDIN, G. LEWIS, J. M. **Psiquiatria na prática médica**. Trad. José Luiz Meurer. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.

WESTPHAL, M.M.; ALMEIDA, E.S. **Gestão de serviços de saúde: descentralização, municipalização do SUS**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2001.

ZAMPIERI, M.F.M. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. 2006. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/NFR, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido dos sujeitos participantes da pesquisa (gestante)

Ao assinar este documento, estou dando o meu consentimento para participar da pesquisa intitulada **“A COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR: CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM”** conduzida pela Enfermeira Daniela Linhares da Silva Ghisleri sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

Estou ciente que a pesquisadora coletará dados através de observação participante e de entrevista semi-estruturada durante as consultas de enfermagem no contexto domiciliar e na Unidade de Saúde. Compreendo que minha participação será combinada em conjunto com a pesquisadora, sem qualquer prejuízo aos envolvidos. Sei que os dados obtidos poderão ser gravados e transcritos, mas que meu nome não aparecerá em qualquer registro. Será utilizado nome fictício.

Minha participação da pesquisa é voluntária e poderei negar a participar da mesma, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo a mim. Também estou ciente de que poderei deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar.

Compreendo que os resultados dessa pesquisa serão dados a mim, caso os solicite, e que a pesquisadora é a pessoa com quem devo contar, no caso de dúvidas sobre o estudo ou sobre meus direitos como participante.

Data

Assinatura da gestante

Telefone para contato: (48) 9164-3773

APÊNDICE B – Modelo de diário de campo utilizado para registro de dados.

<p>Data: 05/10/2007 período vespertino</p> <p>Momentos que antecederam a primeira consulta de enfermagem pré-natal de Borboleta na unidade local de saúde</p>	<p>(ND, NO, NT, NC)</p>
<p>Um início de tarde agradável na Serra Catarinense, cerca de 20° C. Chego à unidade por volta das 13:30 hs. Meu esposo me trouxe desejando-me boa sorte (ainda trabalhava em Lages na época). Na Unidade de Saúde, poucas pessoas procuravam o serviço. Ao chegar, a equipe de enfermagem me comunicou a presença de Borboleta, já com anotações em seu prontuário, tais como dados referentes à pressão arterial, peso, altura. Naquele dia havia marcado um encontro com os agentes comunitários de saúde, para iniciarmos a visita, que aconteceu posteriormente a primeira consulta de enfermagem pré-natal com Borboleta. A equipe de enfermagem e de odontologia estava completa. Havia somente um médico, o da equipe 01 responsável pelos bairros Santo Antonio e São Luiz. A outra médica da equipe 02 não havia chegado ainda. Cumprimentei todos os presentes: equipe de enfermagem, equipe de odontologia e uma médica. Preparei a sala de exames de preventivo/consultório de enfermagem com a liberação dos enfermeiros, pois havia exame preventivo agendado as 15:30 hs. Organizei o consultório de enfermagem, fechei a janela, pois fica ao lado de uma estrutura que é a Creche Sorriso. Troquei lençol da maca ginecológica e a posicionei de maneira que ficasse seguro para a gestante. Kit de necessidades obstétricas, assim o chamo contendo: gel condutor, detector fetal, fita métrica, papel toalha, estetoscópio e esfigmomanômetro, luva descartável, todos condicionei próximo da maca para alcançar e agilizar durante o exame físico geral e obstétrico.</p> <p>Na mesa organizei de tal forma que estivesse o diário de campo, o roteiro de consulta pré-natal, folhas em branco, material didático como um quadro que traz figuras do desenvolvimento fetal e feto, placenta e seus anexos feitos de pano que comprei na I Conferência Internacional sobre Humanização do Parto e Nascimento em Fortaleza no ano de 2000 e um material informativo chamado de “Agenda da Gestante”, para fornecer caso não tivesse. Aliás, uma ótima aquisição, pois me acompanha sempre, seja nas consultas de enfermagem, nos encontros educativos que realizei na caminhada como enfermeira de USF e docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Também deixo à disposição uma cartilha chamada de “Agenda da Gestante” (ANEXO E), material informativo sobre gestação, produzida e distribuída pela Secretaria Municipal de Saúde, através das equipes de PSFs e PACS. Ainda na mesa coloquei bala de caramelo, água mineral sem gás e copo descartável. Observei-me</p>	<p>Mesmo conhecendo o local da prática assistencial (cidade, bairros e comunidade), a maioria dos integrantes da equipe de saúde da família e a rotina de atendimento, a insegurança me tocou, primeiro por que iniciaria a prática assistencial utilizando metodologia de pesquisa convergente assistencial aliada ao processo de enfermagem baseado em Orem, ambas não vivenciadas e interiorizadas de maneira integral por mim antes.</p> <p>Pensava tamanha era minha responsabilidade em colocar na prática assistencial as estratégias para buscar as respostas do estudo de um maneira a não desviar-se dos propósitos e características do referencial teórico a da metodologia da PCA. E as mulheres, será que vão aceitar a participar do processo assistencial? E a equipe? E o frio? E a distância? Será que vou conseguir? Acrescento, tenho que tentar e aprender com tudo isso, afinal tenho objetivos a seguir!</p> <p>Angústias e questionamentos esperados e refletidos em meu processo de viver, destacando sempre minha responsabilidade não só no campo profissional, mas como ser humano, aprendendo e interagindo os envolvidos no processo. Como sempre, fui muito bem acolhida por todos, observando principalmente as mudanças não só da estrutura física, mas alguns integrantes novos na equipe.</p> <p>Enfatizei a reforma realizada no posto, fizeram uma sacada externa na entrada na unidade, gramas cortadas, acrescentaram bancos de madeira no interior da unidade. “Gostei de ver meninas! A casa está mais bonita”, disse ao chegar à sala de triagem cumprimentando-as a minha satisfação de estar ali.</p> <p>Uma auxiliar de enfermagem comenta “a mudança não pode estar só na aparência</p>

<p>com relação ao uniforme, calça jeans, blusa de lã branca, jaleco branco com identificação de enfermeira obstétrica/aluna do mestrado da UFSC e material de bolso, contendo caneta, lápis e termômetro. Médica da equipe de Saúde da Família 01 me trouxe um bloco com algumas folhas (10) de solicitação de exames assinada por ela, como trabalhamos algum tempo juntas, já é um procedimento comum, precedido de confiança, profissionalismo e critérios pra solicitar exames. Agradei à ela a confiança, após citar: “Dani, caso precise requisitar alguns exames te deixo algumas folhas” (L.), comentei que havia somente uma gestante agendada naquele dia.</p> <p>Levei 30 minutos para organizar a sala, pois por duas vezes além da médica, três agentes comunitários vieram me acolher nesse momento. “Oh Dani! Que bom te ver aqui, hoje a tarde vai ficar mais agradável com sua presença” (N.E, agente comunitário de saúde). Com um sorriso aberto expressei também minha satisfação de estar ali e principalmente recebendo o apoio deles. Logo chega outro agente comunitário sorridente (S.I.), acompanhada de Borboleta, então nos abraçamos e trocamos elogios, pois já nos conhecíamos, havia acompanhado sua primeira gravidez. Em seguida busquei o prontuário família da mesma e convidei Borboleta para adentrar na sala específica, e me despedi e agradei a ACS (S.I).</p>	<p>não é Dani?” Concordando com ela e acrescentando que a mudança depende da gente, dos nossos pensamentos e ações.</p> <p>Aquelas palavras da colega de equipe me inquietou, percebi um descontentamento da profissional em seu contexto naquele momento.</p> <p>Pra mim não foi novidade esse comentário, pois já observei essa postura em tempos atrás de alguns profissionais. Interrompo a fala e encaminho para a sala preparar para a consulta de enfermagem, imaginando como nós profissionais precisamos exercitar o ato de refletir sobre nossa prática. Fazer-pensar-refletir uma tríade fundamental, influenciando diretamente no cuidado de enfermagem, ao indivíduo, família, comunidade. Fiquei feliz em receber Borboleta, saber que a mesma aceitou em participar do estudo e poder ser útil nesse momento tão especial e único de sua vida.</p>
---	---

ANEXOS

ANEXO A – Roteiro de consulta de enfermagem pré-natal à gestante⁴

Local: _____ **Data:** ____/____/____.

Levantamento de Dados

I – Identificação

NOME: _____ Registro: _____
 LOCAL DE NASCIMENTO – Cliente: _____ Cônjuge: _____
 IDADE – Cliente: _____ Cônjuge: _____
 RELIGIÃO – Cliente: _____ Cônjuge: _____
 ESCOLARIDADE – Cliente: _____ Cônjuge: _____
 PROFISSÃO/OCUPAÇÃO – Cliente: _____ Cônjuge: _____
 ORIGEM ÉTNICA - Cliente: _____ Cônjuge: _____
 ESTADO CIVIL: _____ Previdência: _____
 PROCEDÊNCIA/ LOCAL _____ Nº. de filhos: _____
 ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO: _____

PONTO DE REFERÊNCIA: _____
 TELEFONE PARA CONTATO: _____
 DATA DA ADMISSÃO NA MATERNIDADE: _____
 UNIDADE DE INTERNAÇÃO: _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES _____

II – REQUISITOS DE AUTOCUIDADO (*)

A. UNIVERSAIS	DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS (Nota de observação - impressões, sentimentos; notas de reflexão, notas teóricas (NT), e notas de cuidado (NC) da pesquisadora).
A.1 MANUTENÇÃO DE INFLUXO SUFICIENTE DE AR - Padrão respiratório: frequência, características; - Condições do sistema respiratório (normais/anormais); - Capacidade de expansão pulmonar; - Condição de perfusão das extremidades; - Conhecimento sobre a importância do atendimento as necessidades de oxigenação; - Conhecimento sobre alterações respiratórias no período puerperal (retorno ao funcionamento normal); - Conhecimento de medidas de prevenção para distúrbios respiratórios; - nível de motivação para atender as necessidades de oxigenação;	

⁴ Instrumento adaptado do estudo desenvolvido por Santos (1991, p. 325-332).

<ul style="list-style-type: none"> - hábitos e vícios que interferem na respiração; - qualidade do ar inspirado; - conhecimento dos efeitos maléficos do fumo sobre sua saúde, saúde do bebê e sobre a lactação; - Fatores poluentes do meio ambiente; - Influências ambientais (sócio-culturais) que interferem nos hábitos e comportamentos relacionados ao sistema respiratório; 	
<p>A.2 MANUTENÇÃO DE INFLUXO SUFICIENTE DE ÁGUA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padrão de ingestão líquida nas 24 horas: quantidade dos líquidos ingeridos por dia; - líquidos preferidos; - líquidos rejeitados; - Condições de hidratação da pele e mucosas (inspeção); - Conhecimento sobre a importância do atendimento às necessidades hídricas; - Nível de motivação para o atendimento das necessidades de ingestão hídrica; - Fatores ambientais que interferem nos hábitos de ingestão hídrica; 	
<p>A.3 MANUTENÇÃO DE INFLUXO SUFICIENTE DE ALIMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - História dietética: padrão de ingestão alimentar diário (individual/familiar): manhã, meio-dia, tarde, noite; - Alimentos preferidos e rejeitados; - Indicadores antropométricos:** - Peso atual, relação peso/idade/sexo; - Avaliação do ganho ponderal; - Condição de deglutição, mastigação, arcada dentária, cavidade oral; - Conhecimento sobre os alimentos como fonte de nutrientes (grupos) e dos nutrientes necessários durante o ciclo gravídico-puerperal; - Conhecimento sobre a existência de programas de auxílio nutricional na comunidade; - Conhecimento sobre o papel da nutrição durante o ciclo gravídico-puerperal para sua saúde e bem estar; - Conhecimento sobre a relação entre a qualidade, quantidade de ingestão alimentar e lactação; - Nível de motivação para o atendimento das necessidades nutricionais; - Fatores ambientais que interferem no padrão de ingestão alimentar: hábitos e tabus relacionados com a alimentação, facilidades e limitações para uma alimentação adequada. 	
<p>A.4 PROVISÃO DE CUIDADOS ASSOCIADOS COM OS PROCESSOS DE ELIMINAÇÃO E EXCREÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Padrão de eliminação intestinal: frequência, horário, característica; - Presença intestinal (obstipação, hemorroidas, flatulência, incontinência); - Padrão de eliminação urinária: frequência, quantidade, características da cor, odor e aspecto; - Presença de alterações no padrão de eliminação urinária (disúria, retenção, incontinência, 	

<p>infecção);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre os cuidados relacionados com os problemas de eliminação e excreção; - Conhecimento sobre a importância da ingestão alimentar e hídrica em relação às eliminações; - Conhecimento da importância dos hábitos higiênicos relacionados com os processos de eliminação e excreção; - Nível de motivação para atender às necessidades de eliminação e excreção; - Fatores ambientais que interferem nos processos de eliminação e excreção; - Hábitos de higiene relacionados aos processos de eliminação e excreção; 	
<p>A.5 MANUTENÇÃO DE EQUILÍBRIO ENTRE ATIVIDADE E REPOUSO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tipo e ritmo de atividade desenvolvida pelo casal diariamente na esfera pública e esfera doméstica (física, intelectual, familiar, social, cultural, religiosa); descrição do modo de vida relatando o dia do homem, da mulher e demais integrantes da família; - Hábitos relacionados ao sono e repouso: horas de sono (quantidade/qualidade); - Para a mulher que trabalha só na esfera doméstica: <ul style="list-style-type: none"> - já trabalhou na esfera pública antes? Se trabalhou, relato da trajetória; - Para o homem e a mulher que trabalham na esfera pública – quando começaram (idade), motivo e relato da trajetória; - O trabalho da mulher – como é visto: pelo homem, pela mulher; - A divisão do trabalho doméstico – papéis feminino e masculino; - O sistema de apoio nas atividades domésticas; - A atividade mais difícil de realizar (para o homem, para a mulher); - Nível de motivação para estabelecer e manter equilíbrio entre atividades e repouso; - Reconhecimento da necessidade de estabelecer e manter equilíbrio entre atividade e repouso; - Fatores ambientais que interferem no atendimento da necessidade de estabelecer equilíbrio entre atividade e repouso; 	
<p>A.6 MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO RECOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO SOCIAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Situação econômica da família de origem (do homem e da mulher); - Concepção da família; - Constelação familiar: quantos moram em sua casa? Tem alguém que lhe é mais amigo, com qual se identifica melhor? Com quem deixaria seus filhos se tivesse que se ausentar de casa? - Tipo de relação com a família de origem; - Participação em atividades comunitárias, de lazer e recreação; - Suporte social de apoio (familiar, comunidade, equipe de saúde, outros); - Conhecimento da necessidade de estabelecer 	

<p>equilíbrio entre recolhimento e interação social;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nível de motivação para estabelecer e manter equilíbrio entre recolhimento e interação social. 	
<p>A.7 PROMOÇÃO DO FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO NORMAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aspecto geral e emocional (higiene, inspeção da pele, do couro cabeludo, inspeção da face, palpação da tireóide, inspeção, palpação e expressão da mama, produção de leite, estrias, etc.). - ausculta pulmonar - inspeção, palpação e ausculta do abdome; - circunferência abdominal; - Altura uterina; - BCF; - manobra de Leopold; - situação, posição e apresentação fetal; - inspeção das genitálias externa; - varizes; - inspeção em MMII, edema; - sinais vitais; - peso/ altura; - Nível de motivação para atender as necessidades de funcionamento e desenvolvimento normais, hábitos tabagistas e etilistas; - alergias. 	
<p>A.8 PREVENÇÃO DE RISCOS À VIDA, AO FUNCIONAMENTO E BEM ESTAR (dados a serem obtidos na visita domiciliar)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condições habitacionais: Localização, tipo de construção, número de cômodos, condições físicas, localização geográfica, rede de água, rede elétrica, instalações sanitárias, eletrodomésticos, condições higiênicas, presença de animais domésticos, meios de comunicação e transporte, própria/alugada, legal/ilegal. - Descrição do ambiente físico; - Condições ambientais (domicílio, maternidade e trabalho) – temperatura, aeração, iluminação, umidade, “sol”, poluição ambiental, clima; - utilização dos serviços de saúde no sentido de prevenir riscos à vida, à saúde e ao bem estar; - Condições sócio-econômicas: fontes de renda familiar; é suficiente para atender as necessidades pessoais e da família? - Conhecimento sobre a necessidade de adotar medidas de prevenção para situações de risco à vida, ao funcionamento e bem estar; - Participação na vida social: familiar, grupos, cooperativas, associações religiosas, políticas, culturais e esportivas. 	
B. DE DESENVOLVIMENTO	DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS (Nota de observação - impressões, sentimentos; notas de reflexão, notas teóricas (NT), e notas de cuidado (NC) da pesquisadora).
B.1 SUPORTE AOS PROCESSOS VITAIS E DE DESENVOLVIMENTO	
B.1.1 ASPECTOS RELATIVOS À HISTÓRIA	

<p>OBSTÉTRICA (observar carteira de acompanhamento pré-natal) (gestação, parto e puerpério)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Número de gestações anteriores; - Número e idades dos filhos; - Abortos: número e tipo (espontâneo, provocado). <p>Gestação Atual:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Esta gravidez foi desejada e planejada? - Faz pré-natal? Número de consultas? - Qual é a importância do pré-natal? - Utiliza algum medicamento ou droga na gravidez? Qual? - Apresenta alguma doença na gravidez? Qual? - Faz uso de cigarros na gravidez? Quantos por dia? - Recebeu informações no pré-natal sobre possíveis desconfortos gravídicos? - Possui esquema vacinal TT em dia? - Realiza exames laboratoriais de acordo com o PHPN? Quais? - Fez USG obstétrica? Anotar dados. - Como está sua adaptação referente às modificações anátomo-fisiológicas sociais e psicológicas decorrentes da gravidez. 	
<p>(a) Aspectos motivacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> - Como se sente gerando um feto? - Gosta de si mesma nesse momento? - Tem interesse pelo funcionamento do seu corpo materno? - O que acha deste período (gestação)? - O que sabe sobre ele? - Quais são suas expectativas com relação ao parto? - De quem recebe apoio para realizar o autocuidado? - Pretende ter parto normal? O que levou a tomar a decisão? - No seu trabalho é incentivada realizar o autocuidado? Como? - Enfrenta obstáculos ou dificuldades para realizar o pré-natal e o autocuidado? Quais? 	
<p>(b) Aspectos Cognitivos</p> <p>Quais os cuidados que realiza para vivenciar a gravidez de uma maneira mais saudável?</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que pensa sobre do autocuidado? Você acha importante? Quais cuidados você elencaria mais importante durante o período que esta vivenciando? - O que sabe sobre a estrutura interna (como o feto está acondicionado) e o seu desenvolvimento. - Quais são suas crenças, costumes e tradições com relação a gestação? - Na sua família as mulheres praticam o autocuidado na gestação? Elas interferem na sua decisão com relação o autocuidado? - O que seu esposo pensa sobre a gestação e você decidindo no cuidado de si? 	

<ul style="list-style-type: none"> - O que sabe (simpatias, remédios caseiros) e o que faz para prevenir e tratar os desconfortos oriundos da gestação? - Que tipo de informação e orientação recebeu ou tem recebido, com relação à gestação? - Em caso de necessidade gostaria de aprender a cuidar-se para obter uma gestação saudável? 	
C. DE DESVIOS DE SAÚDE	DADOS OBJETIVOS E SUBJETIVOS (Nota de observação - impressões, sentimentos; notas de reflexão, notas teóricas (NT), e notas de cuidado (NC) da pesquisadora).
<ul style="list-style-type: none"> - O que significa para você saúde e doença? - Como você cuida de si ? - Procura os serviços de saúde? - Com que frequência? - Faz exame preventivo de câncer de colo uterino periodicamente? Qual a frequência? - Faz auto-exame da mama? Quando, como, frequência. - Que recursos e medidas têm utilizado para manter e recuperar sua saúde? - Fez planejamento familiar? - Qual o método anticoncepcional antes de engravidar? Quais de conhecimento? - Reconhece a importância do autocuidado no período gravídico-puerperal? 	

ANEXO B - Resumo

PROCESSO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADO NA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE OREM (Modelo de SANTOS, 1991, p. 333)

SITUAÇÃO/CLIENTE.....

I ETAPA			II ETAPA		III ETAPA			
DIAGNÓSTICO E PRESCRIÇÃO (LEVANTAMENTO DE DADOS)			PROJEÇÃO E PLANEJAMENTO DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM		PROVISÃO			
DÉFICIT DE COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO			SISTEMA DE ENFERMAGEM	PLANO DE ASSISTÊNCIA	INICIAÇÃO		CONTROLE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	
Nº	Especificação	Classificação		Objetivos de Saúde	Ações	Data/hora	Consulta Enfermagem	VD

ANEXO C - Parecer Comitê de ética



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 367/07

I – Identificação:

- Título do Projeto: A COMPETÊNCIA PARA O AUTOCUIDADO DA MULHER QUE VIVENCIA O PROCESSO DE GESTAR À LUZ DA TEORIA DE DOROTHEA OREM
- Pesquisador Responsável: Profa. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
- Pesquisador Principal: Daniela Linhares da Silva Ghisieri
- Data Coleta dados: Início: abril de 2008 Término previsto: agosto de 2008
- Local onde a pesquisa será conduzida: Secretaria Municipal de Saúde de Lages-SC.

II - Objetivos:

Objetivo Geral:

- Identificar a competência para o autocuidado da mulher que vivencia o processo de gestar à luz da teoria do autocuidado.

Objetivos específicos: Identificar a demanda terapêutica para o autocuidado através da particularização dos requisitos de autocuidado universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde da mulher que vivencia o processo de gestar. Analisar os déficits de competência para o autocuidado apresentados pela mulher que vivencia o processo de gestar a partir da demanda terapêutica.

III- Comentário.

Trata-se de projeto devidamente documentado. O tema é relevante. Há um plano para obtenção do consentimento livre e esclarecido. Os princípios bioéticos foram atendidos.

IV – Parecer final:

Ante o exposto, somos pela aprovação do projeto em análise.

Aprovado

Data da Reunião: 17 de dezembro de 2007.

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador em Exercício da Comissão
de Ética Pesquisa - PRPe/UFSC

Fonte: CONEP/ANVS - Resoluções 196/96 e 251/97 do CNS.

ANEXO D - Requisitos de autocuidado

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO UNIVERSAIS

1. Manutenção de um influxo suficiente de ar.
2. Manutenção de um influxo suficiente de água.
3. Manutenção de um influxo suficiente de alimentos.
4. Provisão de cuidados associados com os processos de eliminação e excreção.
5. Manutenção do equilíbrio entre atividades e repouso.
6. Manutenção do equilíbrio entre recolhimento e interação social.
7. Prevenção de ameaças à vida, ao funcionamento e ao bem estar humanos.
8. Promoção do funcionamento e desenvolvimento dentro de grupos sociais e promoção de sua normalidade de acordo com o seu potencial humano como conhecimento de suas limitações humanas e o desejo de ser normal. (OREM, 1980, p. 42, 1985, p.90-1, 2001, p. 225).

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESENVOLVIMENTO

1. Criar e manter condições de vida que suportam os processos de vida e promovem os processos de desenvolvimento isto é, progresso humano em direção a níveis mais altos da organização de estruturas humanas e com direção à maturação durante (a) os estágios intra-uterinos de vida e o processo de nascimento; (b) o estágio neonatal de vida quando nascido a termo ou em prematuridade e nascido com peso normal ou baixo peso; (c) infância; (d) os estágios desenvolvimentais da infância, incluindo; (e) entrada na fase adulta; (f) gravidez, tanto na infância como na fase adulta.
2. Provisão de cuidado, seja para evitar a ocorrência de efeitos deletéricos de condições que podem afetar o desenvolvimento humano, seja para mitigar ou superar efeitos de condições tais como: (a) privação educacional; (b) problemas de adaptação social; (c) falhas em individualização saudável; (d) perda de parentes, amigos associados; (e) perda de possessões e de segurança ocupacional; (f) mudanças abruptas de residência para um ambiente não familiar; (g) problemas associados a “status”; (h) má saúde ou incapacidade; (i) condições opressivas de vida; (j) doença terminal e morte iminente. (OREM, 1980, p. 50-1, 1985, p. 96, 2001, p.231).

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO DE DESVIO DA SAÚDE

1. Buscar e assegurar assistência médica apropriada no evento de exposição e agentes físicos ou biológicos específicos, ou a condições ambientais associadas com eventos e estados patológicos humanos ou quando há evidência de condições genéricas, fisiológicas ou psicológicas que possam produzir ou estar associadas com a patologia humana.
2. Estar atento a atender aos efeitos e resultados de estados e condições patológicas, incluindo efeitos sobre o desenvolvimento.
3. Desempenhar efetivamente medidas diagnósticas terapêuticas e de reabilitação medicamente prescritas, dirigidas à prevenção de tipos específicos de patologias, à patologia e si, à regulação de funcionamento integrado humano, à correção de anormalidades ou deformidades ou à compensação de incapacidades.

4. Estar atento e atender ou regular os efeitos desconfortantes ou deletérios de medidas de cuidado médico desempenhas ou prescritas pelo médico, incluindo efeitos sobre o desenvolvimento.
5. Modificar o autoconceito (e auto-imagem) para que a pessoa se aceite como estando em particular condições de saúde e necessitando de formas específicas de cuidado de saúde.
6. Aprender a viver com os efeitos de condições e estados patológicos e os efeitos de medidas de diagnóstico e tratamento médico num estilo de vida que promova desenvolvimento pessoal contínuo (OREM, 1980, p. 50-1, 1985, p. 90-99, 2001, p. 235).

ANEXO E - Material informativo da Secretaria Municipal de Saúde de Lages - Agenda da Gestante

AGENDA DA GESTANTE



GESTÃO 2005-2008**Prefeito:****Renato Nunes de Oliveira****Secretário Municipal da Saúde:****Heron Anderson de Souza****Colaboradores:****Estratégia Saúde da Família [ESF]****Programa Agente Comunitário de Saúde [PACS]****Programa DST/HIV/AIDS****Programa Paternidade Responsável****Secretaria Municipal da Saúde de Lages****Sistema Único de Saúde****Elaboração da Agenda:****Audrilara Arruda Rodrigues Campos****Digitação:****Clarice Waltrick Machado****Impressão e Diagramação****Setor de Artes e Gráfica Municipal**

DADOS PESSOAIS

Nome

Nº Sis prenatal

DPP e Dum

Endereço

Bairro

Cep

Cidade

Estado

Telefone

Em caso de emergência Avisar:

Outras Informações relevantes: _____



**DEU POSITIVO!
PARABÉNS VOCÊ ESTÁ GRÁVIDA.**

Fique tranqüila. Algumas coisas vão mudar em você e para com você.

Tudo o que passar a acontecer de diferente será normal, mas como saber se não há nada errado?

PRÉ-NATAL

Procure uma unidade de saúde de seu município. Lá, depois de um exame inicial, você ficará sabendo do desenrolar de sua gravidez e suas dúvidas serão esclarecidas.

Até o final da gravidez você deverá retornar e fazer no mínimo 7(sete) consultas.

CARTÃO DE GESTANTE

Já na primeira consulta, lhe darão um cartão de gestante que deverá ficar com você durante toda a gravidez. Ali será anotado todo o desenvolvimento e dados do seu bebê.

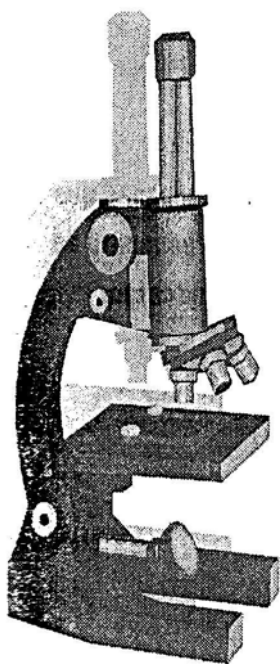
Quando você for para a maternidade seu cartão deverá ser levado junto para ser apresentado ao médico. Assim tudo transcorrerá sem maiores problemas.



QUAIS SÃO OS EXAMES QUE VOCÊ VAI FAZER?

Alguns dos exames são indispensáveis para tratar de possíveis doenças que venham a comprometer a saúde da gestante e do bebê.

EXAMES DE SANGUE



Hemograma: Para saber se você tem anemia.

Glicemia: Para saber se você tem diabetes.

VDRL: Para saber se você tem doenças venéreas, a mais perigosa é a sífilis que pode trazer sérios problemas ao bebê.

Tipo de Sangue: Só para saber se você precisa de acompanhamento especial.

Anti-HIV: Para saber se você tem o vírus da AIDS.

Se tiver receberá tratamento e não passará para o bebê.

O QUE É HIV?

HIV é o nome do vírus da Imuno Deficiência Humana. O HIV, ao entrar no corpo da pessoa, vai pouco a pouco enfraquecendo o seu sistema de defesa, podendo provocar o aparecimento de doenças. Uma pessoa aparentemente saudável, também pode estar infectada pelo vírus e transmiti-lo a outras pessoas.

O QUE É AIDS?

AIDS significa Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Só as pessoas que tem o HIV podem ficar com AIDS. A AIDS se caracteriza pelo aparecimento de diversas doenças e pelo enfraquecimento do sistema de defesa do corpo.

COMO É TRANSMITIDO O HIV?

Através do sexo sem proteção: através de relações sexuais [vaginal, anal ou oral] sem camisinha;

Uso de droga injetável: através do uso compartilhado de seringas ou recipientes de preparo da droga com sangue contaminado;

Mulheres grávidas infectadas com HIV: podem transmitir o vírus ao bebê, durante a gestação, na hora do parto ou através da amamentação;

Transfusão de Sangue: através do uso de sangue não testado.

COMO EVITAR A TRANSMISSÃO DO HIV?

Usar camisinha durante **TODAS** as relações sexuais, mesmo que o parceiro também tenha o HIV. Não compartilhar seringas ou agulhas, usar sempre material descartável.

PORQUE É IMPORANTANTE FAZER O TESTE ANTI-HIV DURANTE A GRAVIDEZ?

Toda gestante deve fazer o exame anti-HIV. Este é gratuito e voluntário e pode ser realizado na rede pública de saúde, sempre acompanhado por profissionais que orientam sobre o exame e solucionam as dúvidas a respeito da doença. O exame deve ser feito no primeiro trimestre. O resultado do exame é confidencial. Caso o resultado do exame seja positivo, existem remédios apropriados que diminuem o risco da mãe passar o vírus ao bebê. Como o HIV pode ser transmitido através do leite materno, a mãe não deverá amamentar. O bebê será alimentado através da mamadeira com leite artificial. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico da infecção, melhor será a estada de saúde da mãe e maior a chance de ter uma boa resposta aos medicamentos



O QUE FAZER SE O EXAME FOR POSITIVO?

O Exame será repetido para confirmação. Ao receber o exame, a paciente é orientada por profissionais da área da saúde.

A gestante será encaminhada para o acompanhamento com um médico especialista para realizar exames que avaliam o estágio de desenvolvimento do vírus no organismo.

Milhares de pessoas estão vivendo com HIV/AIDS no mundo, levando uma vida saudável, feliz e produtiva, mantendo acompanhamento médico e tomando atitudes para cuidar da sua saúde.

ONDE FAZER O TESTE DE HIV?

STA — Centro de Testagem e Aconselhamento na Secretaria Municipal da Saúde de Lages. Centro de Vigilância Epidemiológica (anexo ao Pronto Socorro)

Endereço: Praça Leoberto Leal, 20 — Centro

Fone: [0**49] 3224-1000 — ramal 206 ou 215

Horário de Atendimento:

Quartas, Quintas e Sextas-feiras às 08:00 da manhã.

**O TESTE ANTI-HIV É REALIZADO DE FORMA ANONIMA E GRATUITA,
SENDO NECESSÁRIO APENAS APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTO.**

EXAME DE URINA

Para saber se você não tem infecção urinária.

BELEZA E GESTAÇÃO

Para prevenir as manchas de pele, muito comuns na gravidez, proteja-se do sol;

Para diminuir o risco de ter estrias, é só engordar pouco e devagarzinho; com hidratação oral e cutânea.

Durante a gravidez, não use tinturas de cabelo, alisantes e onduladores. Esses produtos fazem mal para o bebê.



SEXO E GRAVIDEZ

Você não precisa deixar de fazer sexo só porque está grávida, não sinta medo. Seu bebê está protegido na barriga, dentro da bolsa d'água. Você só não deve fazer sexo se sentir dor na barriga ou na vagina, tiver sangramento ou estiver com a bolsa d'água rompida. Nesses casos, procure uma unidade de saúde.

Saiba também que, durante as relações sexuais, o bebê tanto pode ficar quieto quanto se mexer muito e que, na hora do orgasmo é comum a barriga ficar dura.



OS TRÊS PRIMEIROS MESES

As mudanças no seu corpo ainda são poucas. Suas mamas já estão maiores. Você pode estar sentindo enjoos ou tendo vômitos e, por causa disso, perder peso.

CUIDADOS IMPORTANTES

Alimentação:

Coma fígado e outras carnes, feijão, vegetais verde-escuros e frutas como laranja e limão. Esses alimentos ajudam a prevenir a anemia;

O leite, o queijo e a manteiga ajudam a formar os ossos e os dentes do bebê;

As verduras, a aveia, o milho, o trigo e as frutas ajudam a evitar a prisão de ventre.

Escove os dentes depois de todas as refeições e antes de dormir.

Não fume! O cigarro não deixa o bebê ganhar peso.

Evite tomar bebidas que contenham álcool. Seu bebê pode nascer com baixo peso e má-formação.

Não tome remédio sem consultar o médico ou a enfermeira que acompanha o pré-natal. O remédio que você toma por conta própria pode prejudicar o bebê.

Faça massagem no bico dos seios. Isso vai ajudar a prevenir as rachaduras na pele de amamentar.

Cuide de seu peso.

Você não deve engordar mais que doze quilos durante toda a gravidez.

FAÇA PEQUENAS CAMINHADAS

Você pode sentir...

Muito sono e tontura

Vontade de fazer xixi muitas vezes

Muita saliva e enjôo.

Para tentar melhorar...

Procure dormir mais

Não prenda o xixi. Se junto com a vontade você estiver com dor, procure a Unidade de Saúde.

Coma várias vezes ao dia, sempre em pequenas quantidades, mastigando devagar. Beba muito líquido.

PROCURE A UNIDADE DE SAÚDE SE TIVER:

Cólicas muito fortes e freqüentes;

Sangramento pela vagina;

Corrimento escuro (marrom ou preto);

Muito inchaço nos pés, nas pernas e no rosto;

Dor ao fazer xixi

**ANOTE AQUI SUAS DUVIDAS PARA VOCÊ
PERGUNTAR NA PRÓXIMA CONSULTA.**

ESCREVA AQUI AS RECOMENDAÇÕES DE SEU MÉDICO

QUARTO, QUINTO E SEXTO MÊS DE GRAVIDEZ.

Que fase boa! Os enjoos melhoraram. Você sente seu bebê se mexendo, e todos percebem que você está grávida, pois sua barriga está crescendo. Seu bebê já tem sobrancelhas e cílios, mexe as mãos, dá chutes e faz careta. Ele também ouve os barulhos do lado de fora da barriga, soluça e até abre e fecha os olhinhos. Se você ainda não iniciou o esquema de vacinação antitetânica, fará a primeira dose neste mês.

Você pode sentir...

Azia e má digestão

Gases e prisão de ventre

Cãibras

Dores nas costas

Hemorróidas e varizes

Para tentar melhorar...

Coma um pouco de cada vez, várias vezes ao dia.

Coma Frutas e verduras e beba muita água

Faça massagem nas pernas

Espreguice-se e estique a coluna

Caminhe e descanse com as pernas para cima. Isso vai melhorar a circulação.

EVITE GANHAR MUITO PESO

Procure a Unidade de Saúde se tiver:

- § Inchaço nas pernas, nas mãos e rostos ao acordar;
- § Cólicas muito fortes e freqüentes;
- § Sangramentos pela vagina;
- § Corrimento escuro
- § Perda de líquido (água) pela vagina.



**ANOTE AQUI SUAS DÚVIDAS PARA VOCÊ
PERGUNTAR NA PRÓXIMA CONSULTA**

**ESCREVA AQUI AS COISAS BOAS QUE VOCE
SENTE E GOSTARIA DE LEMBRAR.**

SÉTIMO, OITAVO E NONO MÊS DE GRAVIDEZ.

Está chegando o momento! Você deve estar pensando no bebê e em como vai ser o parto. Fale sobre isso nas suas consultas, com seu companheiro, seus familiares e suas amigas.

No início desta fase, seu bebê já está quase do jeitinho que será ao nascer e começa a engordar.

CUIDADO PARA VOCÊ NÃO AUMENTAR MUITO SEU PESO.

- Evite comidas que pesem muito no estômago
- As mamas já estão preparadas para a amamentação.
- Nos últimos meses, pode começar a sair um líquido amarelado, chamado colostro, que vai alimentar seu bebê nos primeiros dias de vida;
- Vão ser pedidos novos exames de sangue e de urina. Não deixe de fazê-los;
- Pergunte ao médico ou à enfermeira a data em que eles acham que o seu bebê vai nascer. Pergunte também para que hospital ou maternidade você deve ir para ter seu bebê.
- Lembre-se de voltar à unidade de saúde para completar o esquema de vacinação [fazer segunda e terceira doses]

Você pode sentir...

Angustia, agonia.

Dificuldade para dormir e falta de ar

Cansaço

Digestão difícil

Inchaço nos pés e nas canelas

Para tentar melhorar...

Caminhe e respire mais fundo e devagar

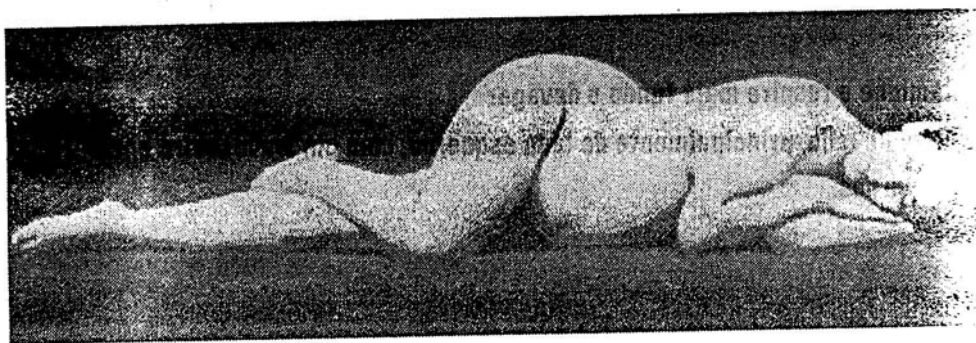
Deite de lado, principalmente do lado esquerdo, com um travesseiro entre as pernas.

PROCURE A UNIDADE DE SAÚDE SE:

O bebê parar de se mexer por mais de 12 horas;
Você tiver sangramento ou perda de líquido (água)
Você tiver contrações fortes, dolorosas e frequentes.

Atenção!

**Não deixe de ir às últimas consultas.
Seu pré-natal só acaba quando seu bebê nascer**



**ANOTE AQUI SUAS DÚVIDAS PARA VOCÊ
PERGUNTAR NA PRÓXIMA CONSULTA**

**ESCREVA AQUI AS COISAS BOAS QUE
VOCÊ SENTE E GOSTARIA DE LEMBRAR.**

SINAIS DE PARTO

O trabalho de parto pode demorar até ou mais de 12 horas, se for o primeiro filho, e de 6 a 8 horas do segundo filho em diante. Isso significa que você vai ter tempo para se arrumar, pegar as roupinhas do bebê e ir para o hospital.

Os primeiros sinais de que você está entrando em trabalho de parto são:

Contrações: Parecem cólicas menstruais ou uma dor de barriga forte. Começam nas costas e se espalham em direção ao quadril e à barriga. Para evitar alarme falso, deite-se do lado esquerdo por dez minutos e conte o número de contrações. Se tiver três ou mais contrações nesse período, você está entrando em trabalho de parto.

O “Sinal”: O “sinal” é um catarro branco com um pouco de sangue, que sai pela vagina.

QUANDO IR PARA A MATERNIDADE?

- ♣ Quando você estiver sentindo pelo menos três contrações no período de dez minutos.
- ♣ Quando a bolsa d'água se romper antes de começarem as contrações (preste atenção na cor e no cheiro do líquido. Vão perguntar sobre isso na Maternidade).
- ♣ Quando tiver sangramento, mesmo sem dor.

MATERNIDADE

Depois de dar entrada na maternidade, você será examinada. Vão medir sua barriga, verificar sua pressão e escutar o coração do bebê. Também vão fazer um toque vaginal para saber se você já tem dilatação (abertura) para o bebê sair.

Parto Normal ou Cesariana?

O Parto normal é o que toda mulher deve fazer. Você só deverá fazer cesariana se tiver algum problema. E não precisa se preocupar com a dor, pois existe anestesia para ajudar no trabalho de parto.

Porque o parto normal é melhor para a mãe?

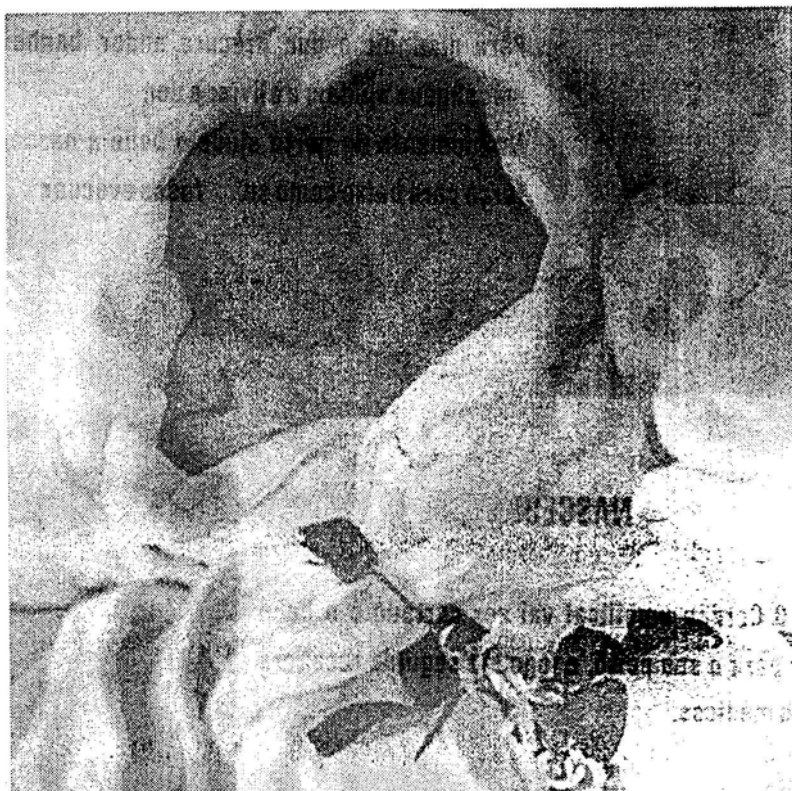
- § A recuperação é mais rápida, e a mulher volta a andar logo após o parto.
- § O risco de infecção é menor
- § Há menos riscos de hemorragia
- § Após o parto, a mulher se sente melhor, o que facilita a amamentação.

Porque o parto normal é melhor para o bebê?

- § A criança não corre o risco de ser tirada da barriga antes do tempo
- § Ocorrem menos problemas respiratórios
- § O risco de doenças como infecções é menor

Na cesariana o risco de complicações para a mulher e para o bebê é muito maior do que no parto normal.

Não faça a cesariana só porque quer ligar as trompas. Você tem direito a fazer a operação de ligadura pelo SUS, sem pagar nada, mesmo que seu parto tenha sido normal. Para isso, é preciso ter no mínimo dois filhos, mais de 25 anos e esperar pelo menos 42 dias depois do nascimento do bebê.



TRABALHO DE PARTO



No Início as contrações acontecem em intervalos maiores. Depois se tornam mais intensas e o tempo entre uma e outra vai ficando cada vez menor. Para diminuir a dor, procure andar, banho morno e massagens ajudam a aliviar a dor. No momento do parto ajude o bebê a nascer fazendo força para baixo como se fosse evacuar.

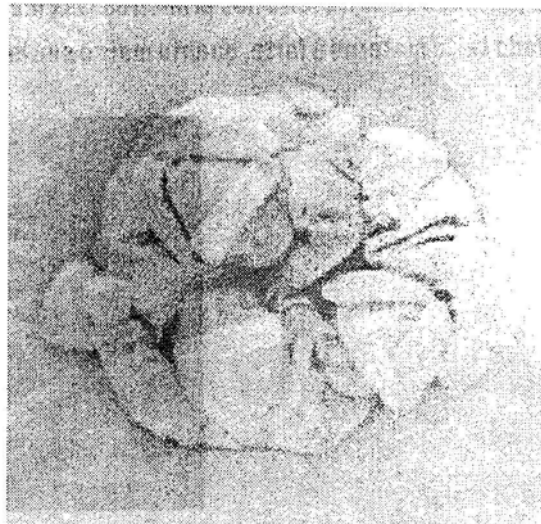
NASCEU!

O Cordão umbilical vai ser cortado e o bebê pode vir para o seu peito, e logo em seguida receberá cuidados médicos.



APÓS O PARTO

- ♣ Algumas mulheres ficam mais deprimidas, tem crises de choro e dificuldade para andar, cuidar delas mesmas ou do bebê.
- ♣ Quando isto acontecer, a família tem que ajudá-las e levá-las à unidade de saúde.
- ♣ Descanse e tome muito líquido, isso ajuda na amamentação.
- ♣ Se você precisou fazer o corte na vagina, ela pode ficar dolorida. Depois de fazer xixi e evacuar, lave sempre e seque muito bem a região.
- ♣ Alimente-se bem durante a amamentação, evite comidas gordurosas e doces.
- ♣ É comum ter sangramento com cólicas que às vezes aumentam com a amamentação.



Se você tiver dor na parte de baixo da barriga, sangramento com cheiro desagradável e febre, procure rápido uma Unidade de Saúde. Você pode estar com uma infecção.

AMAMENTAÇÃO TRANSMITE AMOR E CARINHO

O Leite materno protege contra as várias doenças, está sempre pronto e não custa nada.

Se for amamentado toda vez que tiver fome, seu filho não vai precisar tomar chá, água, suco ou outro leite nos primeiros seis meses de vida.

Todo Leite materno é forte, quanto mais o seu bebê mamar mais leite você vai ter.



gestante



CUIDADOS COM O BEBÊ

Banho: O bebê pode tomar banho desde o primeiro dia.

Use água tratada ou fervida e sabonete neutro.

Cuidado para não deixar entrar água nos ouvidos do bebê.

Enxugue-o com toalha ou pano limpo, lembrando de secar bem o umbigo.



Evite Assaduras: Troque as fraldas sempre que o bebê fizer cocô ou xixi. Faça sempre a limpeza com água morna, sabonete neutro ou pano bem macio.

Cuidados com o Umbigo:

Até o umbigo cair, passe uma solução de álcool a 70% depois do banho.

Não cubra o umbigo com pano, gaze ou esparadrapo [ele deve estar sempre descoberto].



ACOMPANHAMENTO, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ

Todos os meses, leve seu filho ao Posto de Saúde para avaliação do crescimento, do desenvolvimento e para receber orientações da equipe de saúde.

Não esqueça de levar o Cartão da Criança (nele são anotadas as datas de vacinação, peso e altura do seu bebê).



CÓLICAS

O Problema melhora se você colocar a criança deitada de barriga para baixo, sobre o seu corpo. Massagear suavemente a barriga do bebê ou dobrar as coxas em direção ao abdômen também ajuda. Não use chás e medicamentos sem orientação médica.

DIREITOS DA GESTANTE

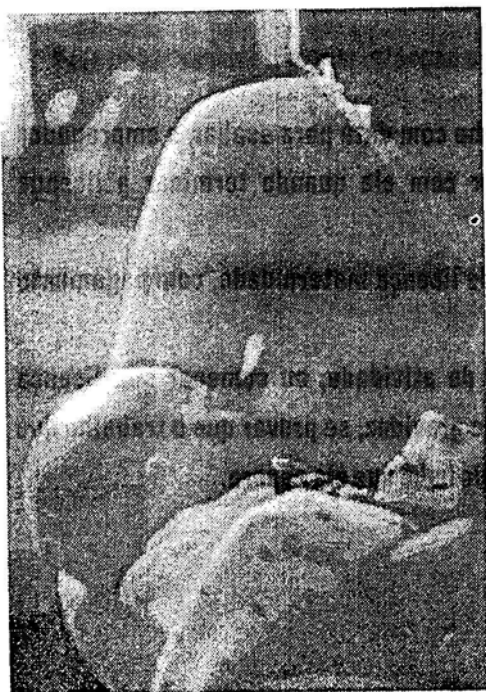
Garantia de Emprego:

- ♣ **A Mulher não pode ser demitida a partir do dia em que confirmar sua gravidez e até 5 meses depois do parto;**
- ♣ **Se quiser pode pedir demissão do emprego;**
- ♣ **Por justa causa pode ser despedida, mesmo grávida ou enquanto estiver de licença maternidade;**

- ♣ **Se for contratada para um trabalho com data para acabar, o empregador não tem obrigação de continuar com ela quando terminar a licença maternidade.**
- ♣ **A mulher tem direito a 120 dias de licença maternidade, com pagamento de seu salário.**
- ♣ **A mulher tem direito de mudar de atividade, ou começar sua licença maternidade a partir do 8º mês de gravidez, se provar que o trabalho que faz pode prejudicar sua saúde ou do bebê que ela espera.**

AMAMENTAÇÃO

A mulher tem direito a dois descansos especiais de 30 minutos cada durante sua jornada de trabalho para amamentar seu filho até 6 meses de idade.

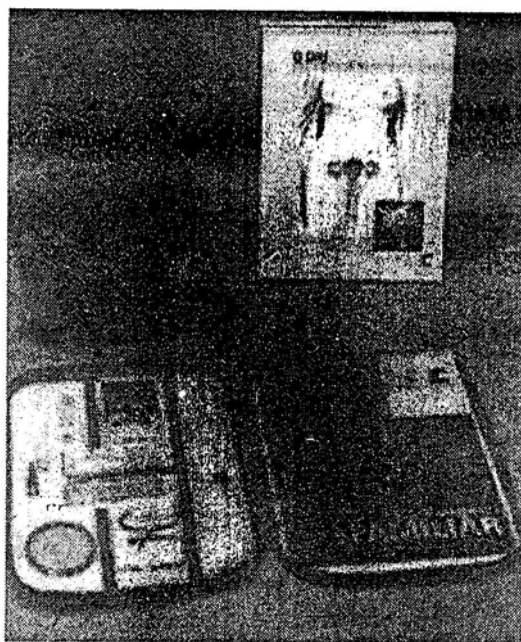


LICENÇA PATERNIDADE

O Trabalhador tem direito a cinco dias de licença paternidade, contados a partir do nascimento do seu filho.

PLANEJAMENTO FAMILIAR

É o direito que toda pessoa tem a informação assistência especializada e ao acesso aos cursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado, são opções que toda mulher deve ter o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência.



MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

São métodos anticoncepcionais que visam evitar a gravidez, impedindo que haja o encontro do espermatozóide com o óvulo na trompa uterina.

MÉTODOS DISPONÍVEIS

- ♣ **DIU (Dispositivo Intra-Uterino)**
- ♣ **Preservativo Masculino e Feminino**
- ♣ **Contraceptivos orais e injetáveis**
- ♣ **Laqueadura**
- ♣ **Vasectomia**
- ♣ **Diafragma**

PATERNIDADE RESPONSÁVEL

Tem por objetivo resgatar a plena cidadania bem como provocar uma mudança cultural voltada para a paternidade e maternidade responsável, baseada na segurança jurídica.

Os pais devem procurar o cartório de Registro Civil junto à Maternidade Tereza Ramos de 2ª à 6ª feira das 13:00 às 16:00 e sábados/domingos das 14:00 às 16:00.

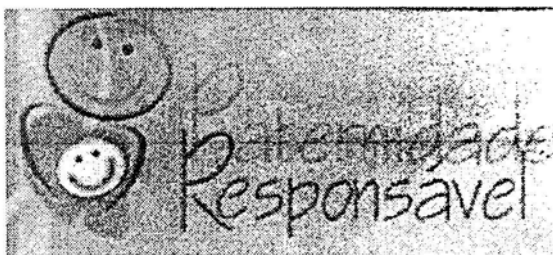
É necessário que o pai e a mãe possuam identidade ou certidão de nascimento para registrar seu filho.

Se o casal for casado no civil é necessária somente a certidão de casamento.

É importante para seu filho ter o sobrenome do pai.

Deixando de fazer isso, você poderá estar causando à criança:

- ♣ Constrangimentos;
- ♣ Danos Morais;
- ♣ Insegurança;
- ♣ Vida adulta problemática;
- ♣ Gracejos e problemas escolares;
- ♣ Exclusão social."



DADOS DO BEBÊ

Nome do Bebê

Data de Nascimento

Peso

Altura

Apigar

Hospital

Médico

Cidade

Estado

COLE AQUI UMA FOTO

DO BEBÊ

EXAMES LABORATORIAIS: 1º TRIMESTRE

< Hemograma ABO RH

< Urina

< HB Hemoglobina

< Toxoplasmose

< Glicemia

< Hematócrito

Outros: _____

Carimbo e Assinatura Autorizador**EXAMES LABORATORIAIS: 2º TRIMESTRE**

< Hemograma ABO RH

< Urina

< HB Hemoglobina

< Toxoplasmose

< Glicemia

< Hematócrito

Outros: _____

Carimbo e Assinatura Autorizador**EXAMES LABORATÓRIAS - SECRETARIA DA SAÚDE: 1º TRIMESTRE**

< VDRL

< HIV

Carimbo e Assinatura Autorizador**EXAMES LABORATÓRIAS - SECRETARIA DA SAÚDE: 2º TRIMESTRE**

< VDRL

< HIV

Carimbo e Assinatura Autorizador**EXAMES LABORATÓRIAS - SECRETARIA DA SAÚDE: 2º TRIMESTRE**

< 1º TRIMESTRE

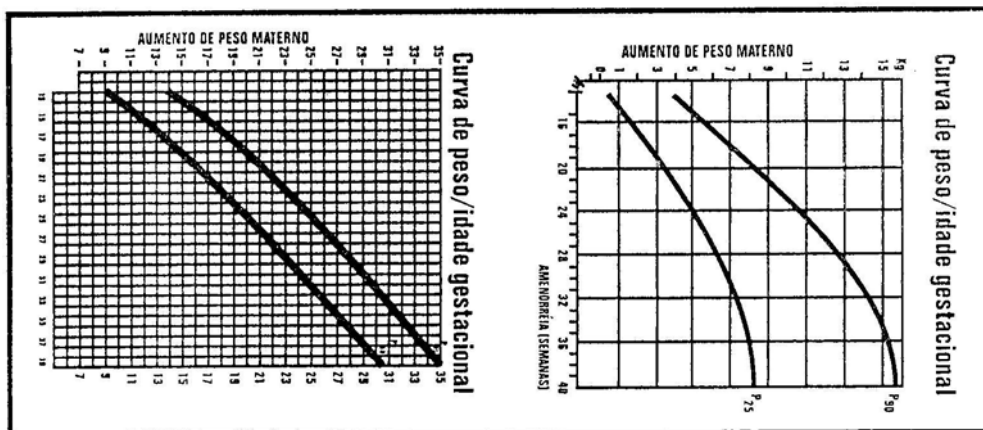
< 2º TRIMESTRE

Carimbo e Assinatura Autorizador

IDADE ANOS	Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA										ALFABETIZADA	ESTUDOS		ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL/UNIÃO																
MEIOR DE 16 MAIOR DE 35											<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIO		<input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLT. <input type="checkbox"/> OUTRO																	
ANTECEDENTES		FAMILIARES		PESSOAIS		OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)																									
DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		HIPERT. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		GEMELARES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		INFERTILIDADE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		HIPERT. CRÔNICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		CIRUR. PELV. UTERINA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO													
								GESTAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ABORTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PARTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		VAGINAIS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		CESÁRIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		NASC. VIVOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		NASC. MORTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		VIVEM <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MORREM 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		MORREM APÓS 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500g <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		NASCIMENTO COM MAIOR PESO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
								NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO										DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO		MÊS		ANO									
GRAVIDEZ ATUAL		ESTATURA		DIÁ		MÊS		ANO		DÚVIDAS		ANTITÉTICA PRÉVIA		ATUAL		HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ		GRUPO		TRANSE.		DIÁ		MÊS		ANO					
RISCO ANTERIOR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		BPP <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO								<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		1ª <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		2ª <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					
EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EX. DAS MAMAS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EX. ODONTOL. NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PÉLVIS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		PAPANICOLAU NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		COLPOSCÓPIA NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		EX. CLÍNICO CERVIX <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		V.O.R.L. <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -		FUMAR <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Nº de CIGARROS DIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		LOCAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO											
CONDIÇÃO Nº		1		2		3		4		5		6		7		8															
DATA																															

Exames	Data	Resultado	Data	Resultado	Orientação/Conduta
Hb-Ht					
Glicemia de jejum					
VDRL					
Urina (rotina)					
Anti HIV					
ABO-RH					
Coombs Indireto					

Ultra-sonografia					
Data	IG OUM	IG USG	Peso Fetal	Placenta	Líquido



Programa de Atenção à Gestante

Secretaria Municipal da Saúde de Lages

Praça Leoberto Leal, 20.

Centro

88.501-230

Lages, SC

Telefone: [049] 3224-1000 – ramal 215**

Fax: [049] 3223-1814**

